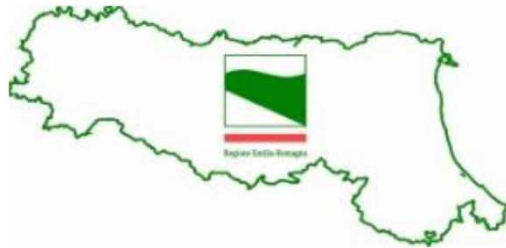




Sessione Congiunta SMC di Ferrara - SICE

Sabato 26 gennaio 2019

Aula Magna Nuovo Arcispedale S. Anna
Cona, Ferrara



Direttive RER in merito al PDTA Colon-retto

Dott. Alberto Merighi

Gastroenterologia

AOU di Ferrara – Arcispedale S. Anna

Estratto dalla Delibera Giunta regionale n. 1173 del 25/07/2016 - Adozione del piano programma 2016-2018 dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale e approvazione della relazione annuale 2015 e della relazione 2011-2015

Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA)

Analisi del problema

I percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) sono interventi complessi basati sulle migliori evidenze scientifiche e caratterizzati dall'organizzazione del processo di assistenza per gruppi specifici di pazienti, attraverso il coordinamento e l'attuazione di attività consequenziali standardizzate da parte di un team multidisciplinare. Da diversi anni, i PDTA vengono utilizzati per migliorare la qualità ed efficienza delle cure, ridurre la variabilità nelle cure e garantire cure appropriate al maggior numero di pazienti.

La ricerca di soluzioni strutturali, tecnologiche e organizzative necessarie al riorientamento dei sistemi di cure primarie per poter affrontare la domanda sempre più consistente e diversificata di servizi da parte di una popolazione che vive più a lungo e con bisogni assistenziali multipli, individua nei PDTA, uno strumento potenzialmente utile per rispondere a queste necessità.

Obiettivo dell'assistenza non deve essere soltanto la cura dei sintomi, bensì la promozione della salute, la prevenzione primaria e secondaria delle ricadute, il miglioramento dello stato funzionale e della qualità della vita unitamente ad una maggiore attenzione al contesto sociale e relazionale della persona. Per raggiungere questi obiettivi è necessario ricollocare il paziente al centro del sistema di cura, non considerandolo più come un recipiente passivo di cure episodiche: le cure devono essere coordinate, garantite nel tempo (continue) e accessibili. Nel corso degli anni si è infatti assistito a una progressiva frammentazione dei servizi assistenziali territoriali ed ospedalieri a causa dell'instaurarsi di progressive barriere strutturali, finanziarie, culturali, organizzative e professionali.

La ridefinizione di modelli di “presa in carico” e di “continuità assistenziale” che mettono il paziente al centro dell'assistenza, in un continuum dalla prevenzione alla diagnosi, al trattamento, al *follow up* e al fine vita, trova supporto nello sviluppo e nel disegno di PDTA che attraverso il coinvolgimento ed il coordinamento di professionisti/servizi diversi, rivedano non solo i comportamenti ed i percorsi all'interno dei nodi della rete ma anche i sistemi per governarli.

Agire sull'appropriatezza degli interventi terapeutico-assistenziali riorganizzando e standardizzando i processi di cura e monitorandone l'impatto non solo clinico ma anche organizzativo ed economico, consentirà non solo di migliorare la qualità delle cure ma anche di affrontare il tema generale della limitatezza delle risorse attraverso una razionalizzazione dell'offerta e non solo una loro riduzione.

Normativa di riferimento Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA)

- [Piano nazionale della cronicità](#)
- Bozza versione finale completa, 15 febbraio 2016
- [Patto per la salute 2014-2016](#)
- Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016
- [Piano sulla malattia diabetica](#)
- Piano sulla malattia diabetica, approvato in Conferenza Stato-Regioni il 6 dicembre 2012

EUROPEAN PATHWAY ASSOCIATION

- **Definizione secondo l'E-P-A**

Un PDTA è un intervento complesso mirato alla condivisione dei processi decisionali e dell'organizzazione dell'assistenza per un gruppo specifico di pazienti durante un periodo di tempo ben definito.

- **L'obiettivo di un PDTA** è incrementare la qualità dell'assistenza attraverso il continuum, migliorando gli outcome paziente “risk-adjusted”, promuovendo la sicurezza dei pazienti, aumentando la soddisfazione dell'utenza ed ottimizzando l'uso delle risorse.

EUROPEAN PATHWAY ASSOCIATION

- **Le caratteristiche fondanti i PDTA includono:**
- Una chiara esplicitazione degli obiettivi e degli elementi chiave dell'assistenza basata su evidenze scientifiche, best practice, aspettative dei pazienti e loro caratteristiche;
- La facilitazione delle comunicazioni tra i membri del team e i pazienti e le loro famiglie;
- Il coordinamento del processo di assistenza tramite il coordinamento dei ruoli, e l'attuazione consequenziale delle attività dei team multidisciplinari di assistenza, dei pazienti e delle loro famiglie;
- La documentazione, il monitoraggio e la valutazione delle varianze e degli outcome;
- L'identificazione delle risorse appropriate.
- L'obiettivo di un PDTA è incrementare la qualità dell'assistenza attraverso il continuum, migliorando gli outcome paziente "risk-adjusted", promuovendo la sicurezza dei pazienti, aumentando la soddisfazione dell'utenza ed ottimizzando l'uso delle risorse.



Percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale: il carcinoma del colon e del retto

[2012]

Commissione Oncologica Regione Emilia-Romagna






Gruppo di lavoro "Percorsi Diagnostico-Terapeutici-Assistenziali in Oncologia":

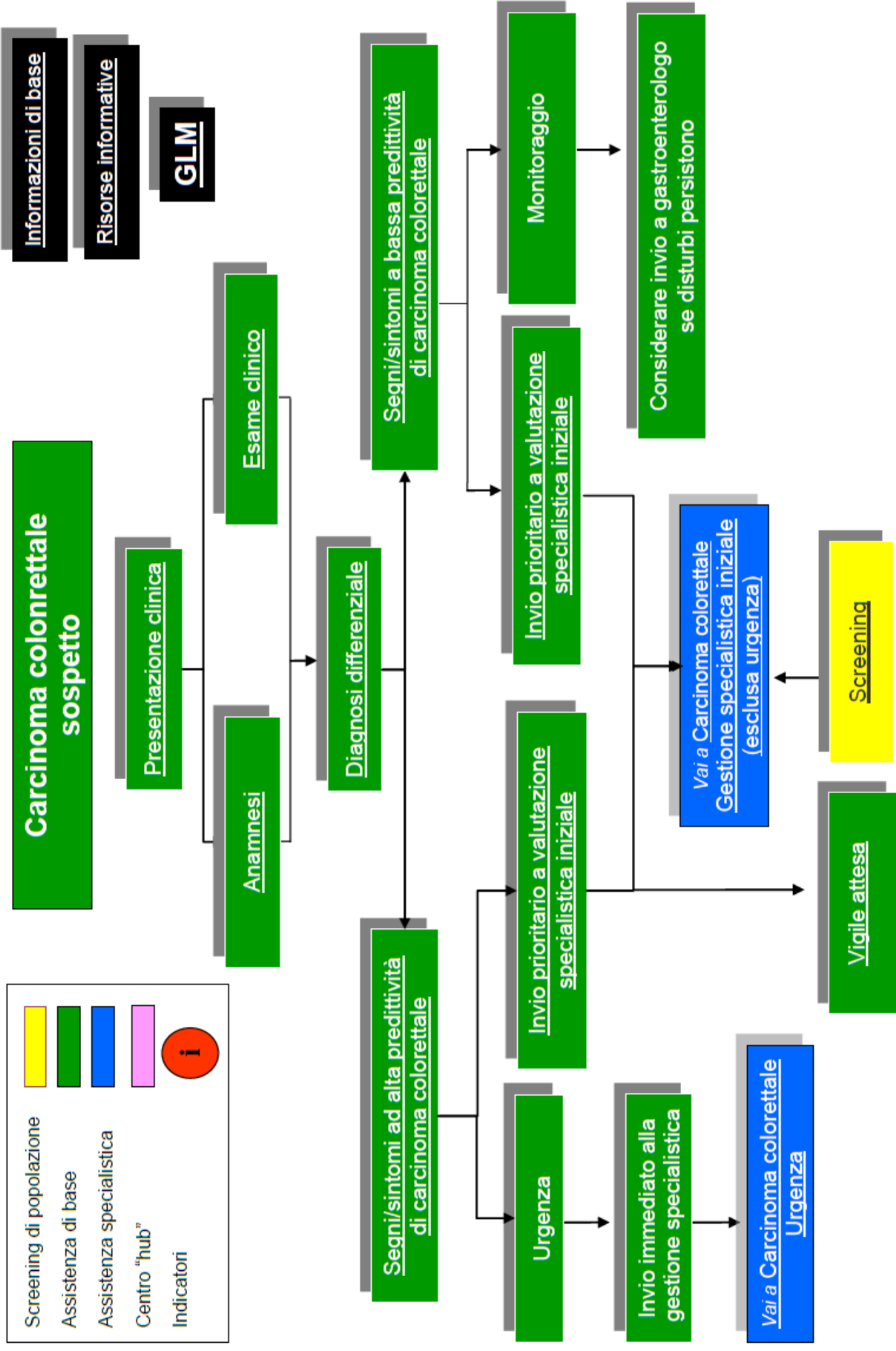
Massimo Annicchiarico, Fabrizio Artoli, Filippo Bertoni, Cesare Bini, Corrado Boni, Massimo Brisigotti, Giorgio Cruciani, Michelangelo Fiorentino, Antonio Frassoldati, Giovanni Frezza, Giorgio Gardini, Francesco Ghisoni, Francesco Merli, Carlo Naldoni, Rolando Polico, Alberto Ravaioli, Davide Tassinari, Claudio Zamagni.

Coordinatori: Alba Brandes, Maurizio Leoni

A cura di: Maurizio Leoni

Assessorato Politiche per la salute - Agenzia sanitaria e sociale regionale Regione Emilia-Romagna

Screening di popolazione	
Assistenza di base	
Assistenza specialistica	
Centro "hub"	
Indicatori	



Informazioni di base

Risorse informative

GLM

Carcinoma coloretale sospetto

Presentazione clinica

Anamnesi

Esame clinico

Diagnosi differenziale

Segni/sintomi ad alta predittività di carcinoma coloretale

Segni/sintomi a bassa predittività di carcinoma coloretale

Urgenza

Invio prioritario a valutazione specialistica iniziale

Invio prioritario a valutazione specialistica iniziale

Monitoraggio

Invio immediato alla gestione specialistica

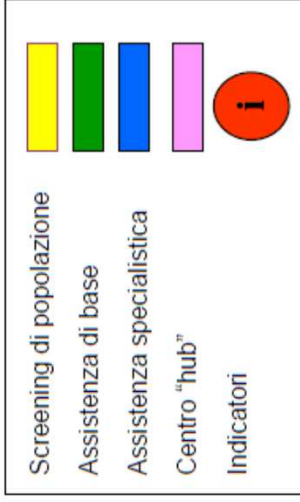
Considerare invio a gastroenterologo se disturbi persistono

Vai a Carcinoma coloretale Urgenza

Vai a Carcinoma coloretale Gestione specialistica iniziale (esclusa urgenza)

Vigile attesa

Screening

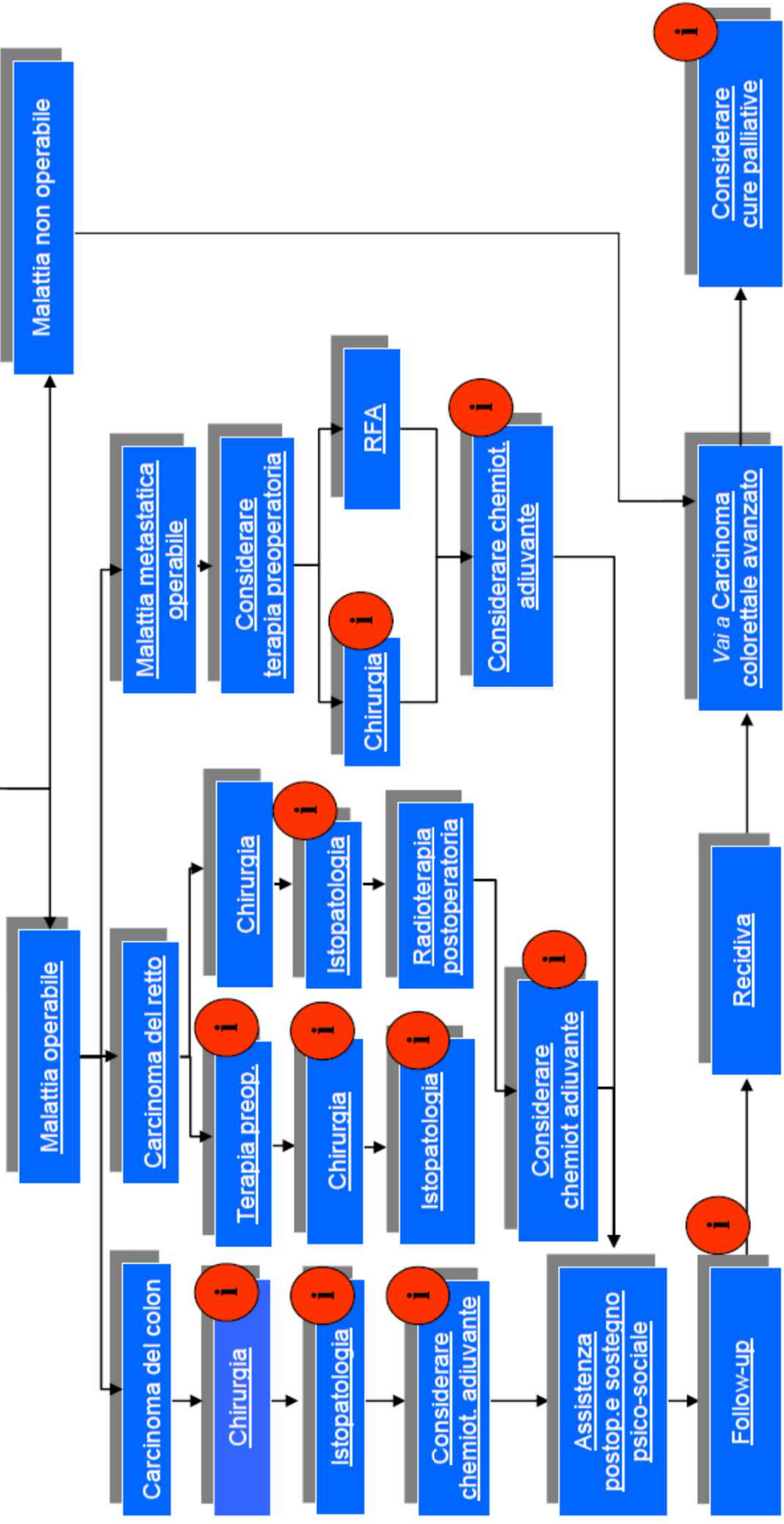


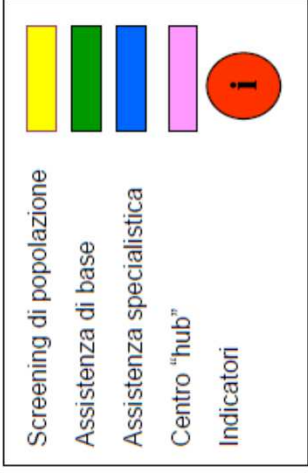
Carcinoma colorettales Gestione specialistica iniziale (esclusa urgenza)

Informazioni di base
 Risorse informative

GLM

Valutazione preoperatoria e staging

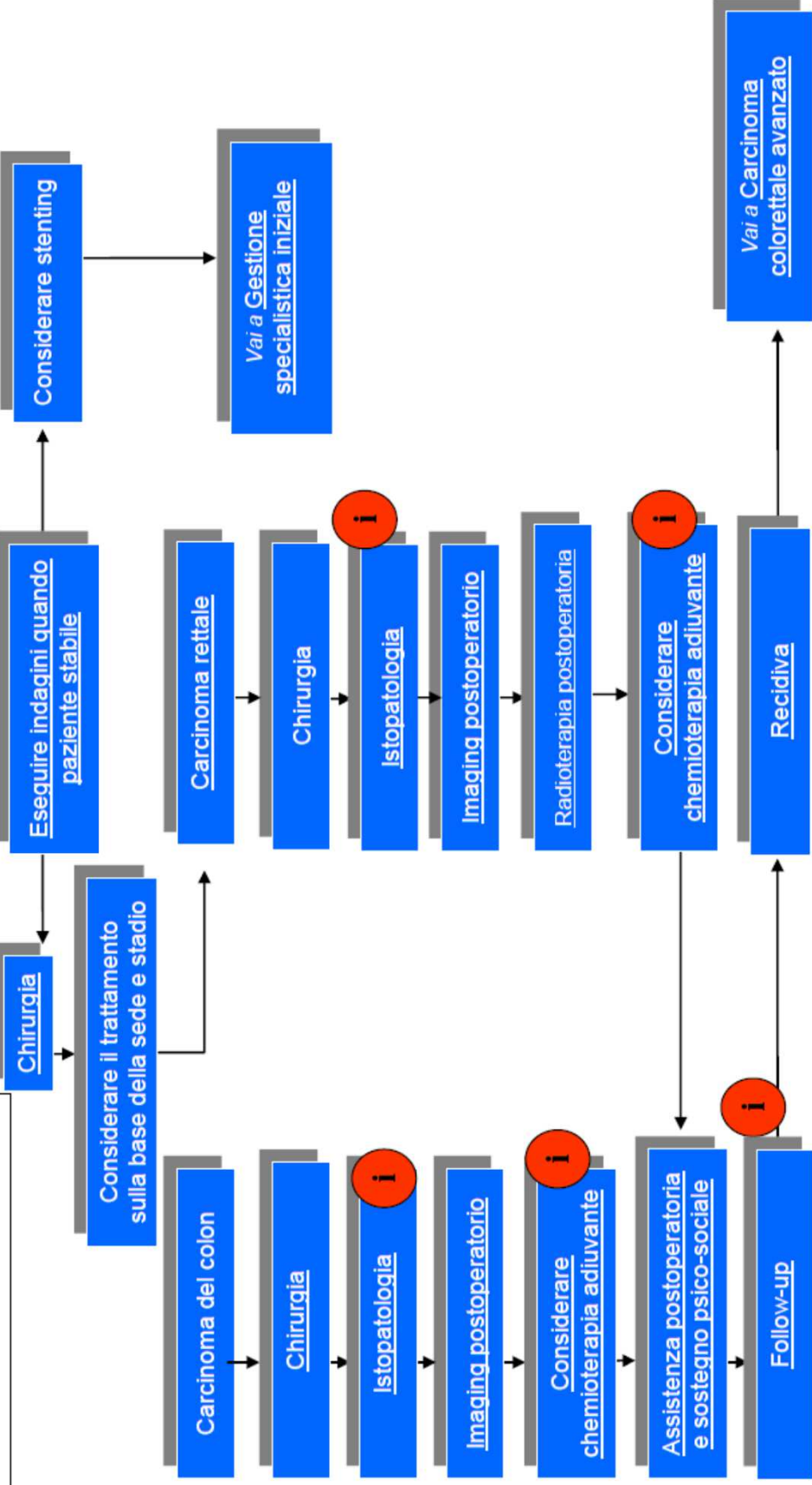


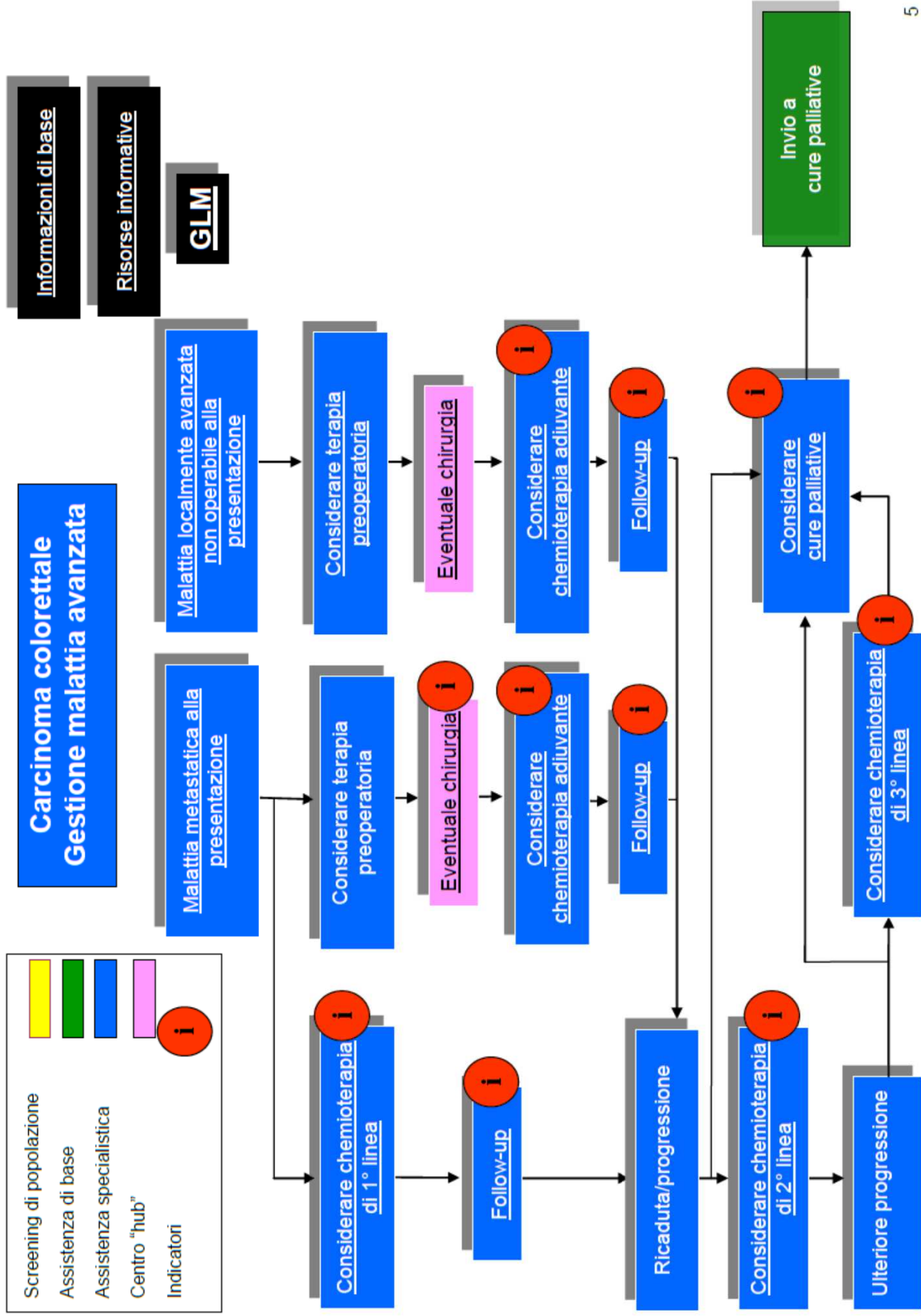


Carcinoma coloretta Gestione urgenza

Informazioni di base
Risorse informative

GLM





Gruppo di lavoro multidisciplinare (GLM)

La gestione dei casi di neoplasia colorettales dovrebbe essere discussa da un gruppo di lavoro multidisciplinare (GLM)

Il GLM core dovrebbe includere:

- almeno un chirurgo specializzato nel carcinoma colon-rettale
 - ogni chirurgo dovrebbe eseguire almeno il 20 resezioni colorettales all'anno
 - i chirurghi del GLM, come gruppo, dovrebbero effettuare 60 resezioni/anno con intento curativo per carcinoma colorettales
- un oncologo
- un radioterapista
- un radiologo
- un patologo
- un esperto di colonscopia
- un infermiere (fornire supporto, aiuto e informazione)
- un coordinatore del GLM
- una segretaria del GLM

I membri aggiuntivi del GLM (GLM allargato) dovrebbero includere:

- un gastroenterologo
- un chirurgo del fegato
- un chirurgo toracico con esperienza nella resezione polmonare
- un radiologo interventista
- uno specialista di cure palliative
- MMG
- dietista
- un assistente sociale
- un genetista o counselor genetico
- un coordinatore di trials clinici

Il trattamento deve essere somministrato entro 30 giorni dalla decisione di trattare.

Invio prioritario alla valutazione specialistica iniziale

Valutazione specialistica iniziale:

- storia dettagliata ed esame obiettivo completo
- indagine endoscopica per sospetto tumore del colon-retto:
 - carcinoma del colon:
 - colonscopia è l'indagine iniziale di riferimento per una diagnosi accurata. In condizioni particolari possono essere prese in considerazione le seguenti indagini strumentali
 - sigmoidoscopia flessibile o rigida (la tecnica preferita è la sigmoidoscopia flessibile):
 - biopsia e valutazione istopatologica
 - eventuali polipi possono essere rimossi
 - sigmoidoscopia rigida (con o senza biopsia) può essere effettuata in ambulatorio senza preparazione intestinale e può essere utilizzata per valutare la distanza del tumore dal margine anale
 - carcinoma rettale, è raccomandata colonscopia. Tuttavia il paziente potrebbe richiedere ulteriori indagini con rettoscopia con rettoscopio rigido.
 - colonscopia virtuale:
 - offre un metodo di imaging del intero colon meno invasivo, ma anche meno accurato
 - non consente esecuzione di biopsia
 - dovrebbe sostituire il clisma opaco, se è disponibile un radiologo esperto
 - è in grado di identificare patologia extracolica
 - può stadare la neoplasia coloretale
 - TC addome e pelvi
 - appropriata quando vi è clinicamente una massa addominale palpabile
 - quando viene rilevata una neoplasia in sede addominale, dovrebbero anche essere acquisite scansioni toraciche per completare lo staging
 - clisma opaco a doppio contrasto:
 - è uno strumento diagnostico meno sensibile
 - non consente la rimozione di un eventuale polipo o l'esecuzione di biopsia
 - dovrebbe essere accompagnato da sigmoidoscopia

E' sempre necessaria una conferma istologica, particolarmente in caso di:

- chirurgia per carcinoma rettale che può richiedere una stomia permanente o una resezione anteriore ultra-bassa
- radioterapia preoperatoria per carcinoma rettale.

Raccomandazione	I pazienti con diagnosi accertata di neoplasia colorettrale dovrebbe essere sottoposti a una colonscopia completa o, quando non possibile, a clisma opaco con d.c o colonscopia virtuale
Evidenze	La possibile concomitanza di lesioni sincrone rende opportuna la valutazione di tutta la superficie mucosale colorettrale
Benefici attesi	Diagnosi di lesioni sincrone, in particolare polipi da sottoporre a bonifica
Indicatore	% pazienti con carcinoma colorettrale sottoposto ad esame completo del colon (coloscopia o Rx clisma opaco d.c.) in fase perioperatoria
Soglia	> 80%
Fonte dei dati	Fonte Numeratore= n° pazienti con carcinoma colorettrale sottoposti a coloscopia o Rx clisma opaco d.c. o colonscopia virtuale in fase perioperatoria (3 mesi prima e 6 mesi dopo) da archivio SDO o ASA Fonte Denominatore=n° pazienti con carcinoma colorettrale operato da archivio SDO
Livello dato	Regionale
Risorse	Isorisorse
Criticità	

Valutazione pre-operatoria e la stadiazione

Ulteriori indagini sono:

- colonscopia totale se non eseguita in precedenza
- esame emocromocitometrico completo
- profilo biochimico

- antigene carcinoembrionario (CEA), per monitorare, se elevato, con un'ulteriore determinazione postoperatoria, il successo della escissione chirurgica

La valutazione pre-operatoria dovrebbe includere (a meno che non vi sia controindicazione):

- TAC del torace
- TAC dell'addome e della pelvi o ecografia addominale
- RM del fegato, in caso di dubbio alla TAC, per la valutazione di eventuali metastasi
- tomografia ad emissione di positroni con fluorodeossiglucosio (FDG-PET), non rappresenta un esame routinario nella pratica clinica.

La stadiazione preoperatoria è importante al fine di valutare la posizione e l'estensione della malattia e contribuire a definire la tecnica chirurgica richiesta.

In aggiunta i pazienti con carcinoma rettale devono ricevere:

- risonanza magnetica (RM) ad alta risoluzione pelvica o con bobina endorettale per valutare il retto e i linfonodi peri-rettali
- ecografia endorettale, viene presa in considerazione in caso di escissione locale. Inoltre l'ecografia endorettale rappresenta un'alternativa se la risonanza magnetica è controindicata o non disponibile.

Il carcinoma del colon-retto è stadionato secondo il sistema di classificazione TNM 7 edizione:

TX	Il tumore primitivo non può essere definito
T0	Non segni del tumore primitivo
Tis	Carcinoma in situ: intraepiteliale o invasione della lamina propria
T1	Tumore che invade la sottomucosa
T2	Tumore che invade la muscolare propria
T3	Tumore con invasione attraverso la muscolare propria nella sottoserosa o nei tessuti pericolicli o perirettali non ricoperti dal peritoneo
T4	Tumore che invade direttamente altri organi o strutture e/o perfora il peritoneo viscerale
NX	I linfonodi regionali non possono essere definiti
N0	Assenza di metastasi nei linfonodi regionali
N1	Presenza di metastasi in 1-3 linfonodi regionali
N2	Presenza di metastasi in 4 o più linfonodi regionali
MX	La presenza di metastasi a distanza non può essere definita
M0	Assenza di metastasi a distanza
M1	Presenza di metastasi a distanza

Raccomandazione	Tutti i casi con neoplasia colorettales dovrebbe essere classificati secondo le categorie TNM
Evidenze	Lo stadio è il più importante fattore prognostico e il più importante determinante dei trattamenti
Benefici attesi	Accuratezza nella prognosticazione ed accuratezza nella scelta dei trattamenti locali, regionali e sistemici
Indicatore	<p>% pazienti con neoplasia colorettales osservate presso le Oncologie Mediche cui è stato attribuito uno stadio TNM</p> <p>Numeratore=n° di pazienti con neoplasia colorettales osservate presso le Oncologie Mediche cui è stato attribuito uno stadio TNM</p> <p>Denominatore= totale di pazienti con neoplasia colorettales osservate presso le Oncologie Mediche</p>
Soglia	> 95%
Fonte dei dati	<p>Fonte Numeratore= n° di pazienti con neoplasia colorettales osservate presso le Oncologie Mediche cui è stato attribuito uno stadio TNM (DB elettronici o documentazione cartacea)</p> <p>Fonte Denominatore= totale di pazienti con neoplasia colorettales osservate presso le Oncologie Mediche (DB elettronici o documentazione cartacea)</p>
Livello dato	Locale
Risorse	Isorisorse
Criticità	

Follow-up

Il follow-up ha lo scopo di:

- individuare la malattia ricorrente
- rilevare i tumori metacroni (secondi tumori primitivi nel restante intestino)
- fornire un sostegno psicologico
- migliorare i tassi di sopravvivenza
- facilitare l'audit
- fornire consulenza e supporto da un operatore sanitario qualificato per cambiare stile di vita e ridurre il rischio di recidiva.

Raccomandazione	Tutte i pazienti operati per neoplasia coloretale, dovrebbero essere inserite in un programma di follow-up attivo
Evidenze	Un tumore recidivante si osserva nel 25-42% dei casi dopo chirurgia "curativa" ed un cancro metacrono viene diagnosticato nell'1-5% dei pazienti.
Benefici attesi	Identificazione dei pazienti con malattia recidiva per i quali possa essere instaurata una terapia curativa.
Indicatore	% pazienti con carcinoma coloretale operato anni osservati presso un' Oncologia Medica nei 12 mesi successivi alla chirurgia
Soglia	>90%
Fonte dei dati	Fonte del Numeratore= pazienti con carcinoma coloretale operato osservati presso un' Oncologia Medica nei 12 mesi successivi alla chirurgia (archivio ASA oppure Cartella clinica elettronica o DB ad hoc elettronico o cartaceo presso l'Oncologia Medica)
Livello dato	Fonte Denominatore= n° pazienti con carcinoma coloretale operato identificate da archivio SDO.
Risorse	Regionale
Criticità	Isorisorse
	--

Raccomandazione	E' raccomandata l'esecuzione periodica routinaria del CEA
Evidenze	Il follow-up di pazienti con neoplasia coloretale operata dovrebbe prevedere l'esecuzione periodica del CEA
Benefici attesi	Precoce identificazione di lesioni secondarie (tipicamente epatiche) suscettibili di trattamento radicale
Indicatore	% pazienti con carcinoma coloretale operato osservati presso un'Oncologia Medica sottoposte a CEA /anno
Soglia	> 90%
Fonte dei dati	Fonte del Numeratore=n° pazienti con carcinoma coloretale operato osservati presso un'Oncologia Medica sottoposte a CEA /anno (Archivio ASA)
Livello dato	Fonte Denominatore= totale pazienti con carcinoma coloretale operate /anno (archivio SDO)
Risorse	Regionale
Criticità	Il conseguimento di questo obiettivo consegue il recupero di diverse risorse assistenziali
	--

Screening del carcinoma colorettales

Lo screening per il carcinoma colorettales è importante perché:

- Il carcinoma colorettales provoca circa 1500 morti all'anno in regione Emilia Romagna
- carcinoma colorettales può essere rilevato in una fase asintomatica tramite una semplice test
- il trattamento precoce del carcinoma colo rettale si traduce in risultati migliori nel contesto della diagnosi precoce.

Il programma di screening per il carcinoma colorettales in RER:

- viene automaticamente offerto a persone di età 50--69 anni ogni 2 anni utilizzando il test del sangue occulto fecale (FOBT)
- se il test del sangue occulto è anormale viene offerta una colonscopia
- se la colonscopia non è adeguata (eventuali co-morbidità) o è incompleta potrà essere eseguita una colonscopia virtuale

Centri screening locali:

- effettuano una revisione delle persone con risultati anormali
- organizzano i test diagnostici di secondo livello
- riaffidano le persone all'assistenza primaria:
 - al programma di screening se i risultati dello screening sono normali in soggetti di età inferiore ai 70 anni
 - ai MMG se i risultati dello screening sono normali in soggetti di 70 anni o più anziani

organizza una sorveglianza per soggetti con polipi a rischio intermedio e alto:

Risultati della colonscopia.

- lesione sospetta:
 - rimozione della lesione o esecuzione di biopsia
 - se il carcinoma colorettales è confermato invio prioritario a valutazione specialistica
- polipi benigni:
 - polipi a basso rischio (1 o 2 piccoli adenomi inferiori ad 1 cm): FOBT offerto entro 2 anni se di età inferiore ai 70 anni come da programma di screening
 - 1 polipi rischio intermedio (3 o 4 adenomi piccoli o 1 o 2 adenomi di un 1 centimetro o più): colonscopia ogni 3 anni fino a 2 esami consecutivamente negativi se di età inferiore ai 75 anni
 - alto rischio (5 o più adenomi o 3 o più adenomi di un 1 centimetro o più) - colonscopia dopo 12 mesi, seguita da colonscopia ogni 3 anni fino a 2 esami consecutivamente negativi se di età inferiore ai 75 anni
- nessun ricontro anormale: screening ogni 2 anni fino all'età di 69 anni
- colonscopia incompleta: ripetere colonscopia oppure, in caso di rifiuto alla coloscopia, colonscopia virtuale o clisma opaco.

Il programma di screening per il cancro colorettales non si propone di sostituire altri sistemi di sorveglianza per condizioni ad alto rischio di cancro colorettales, quali:

- precedente diagnosi di cancro colorettales
- adenomi del colon e poliposi adenomatosa
- colite ulcerosa o malattia di Crohn

Documenti regionali

[Il protocollo diagnostico terapeutico dello screening per la diagnosi precoce del colon retto.](#) Portale Salute Regione Emilia-Romagna

Screening

- ✓ **Raccomandazione del Consiglio d'Europa del 2/12/2003 fatta propria ed approvata dal Parlamento Europeo**
- ✓ **Parere favorevole della Commissione Oncologica Nazionale e Regionale**
- ✓ **Indicazione del Piano sanitario Nazionale 2003-2005**
- ✓ **Indicazione del Piano Sanitario Regionale 1999-2001**
- ✓ **L'assessorato alla sanità della nostra regione ha deciso di attivare uno screening di popolazione per la diagnosi precoce dei tumori del colon retto su tutto il territorio della regione affidandone la gestione alle singole ASL. dal 2005**

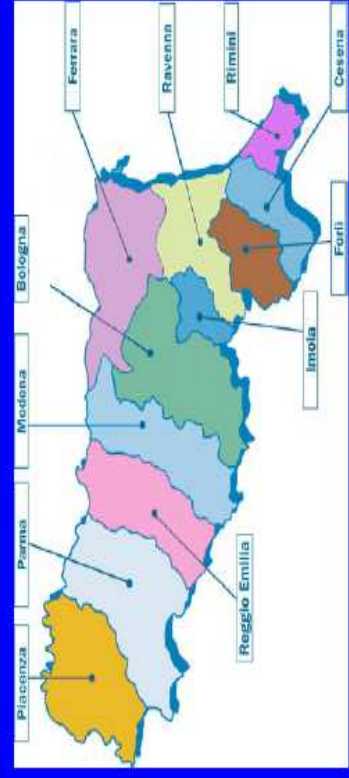


I programmi di screening oncologici della Regione Emilia-Romagna

I dati dei seminari regionali 2017



Emilia-Romagna Health Units:

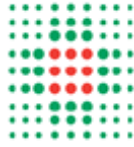




Conclusioni

- Estensione corretta all'invito: 104.7%
- Adesione all'invito: 51.3%, in leggera diminuzione rispetto al 2015 (52.8%)
- Adesione alla colonscopia: 80.3% stabile rispetto agli anni precedenti, nessun trend in miglioramento
- Proporzioni colonscopie complete: 96.6%, tutte le AUSL rispettano lo standard desiderabile
- Tempi di attesa tra il test positivo e l'esecuzione dell'approfondimento: al di sotto degli standard, peggiorati lievemente rispetto al 2015



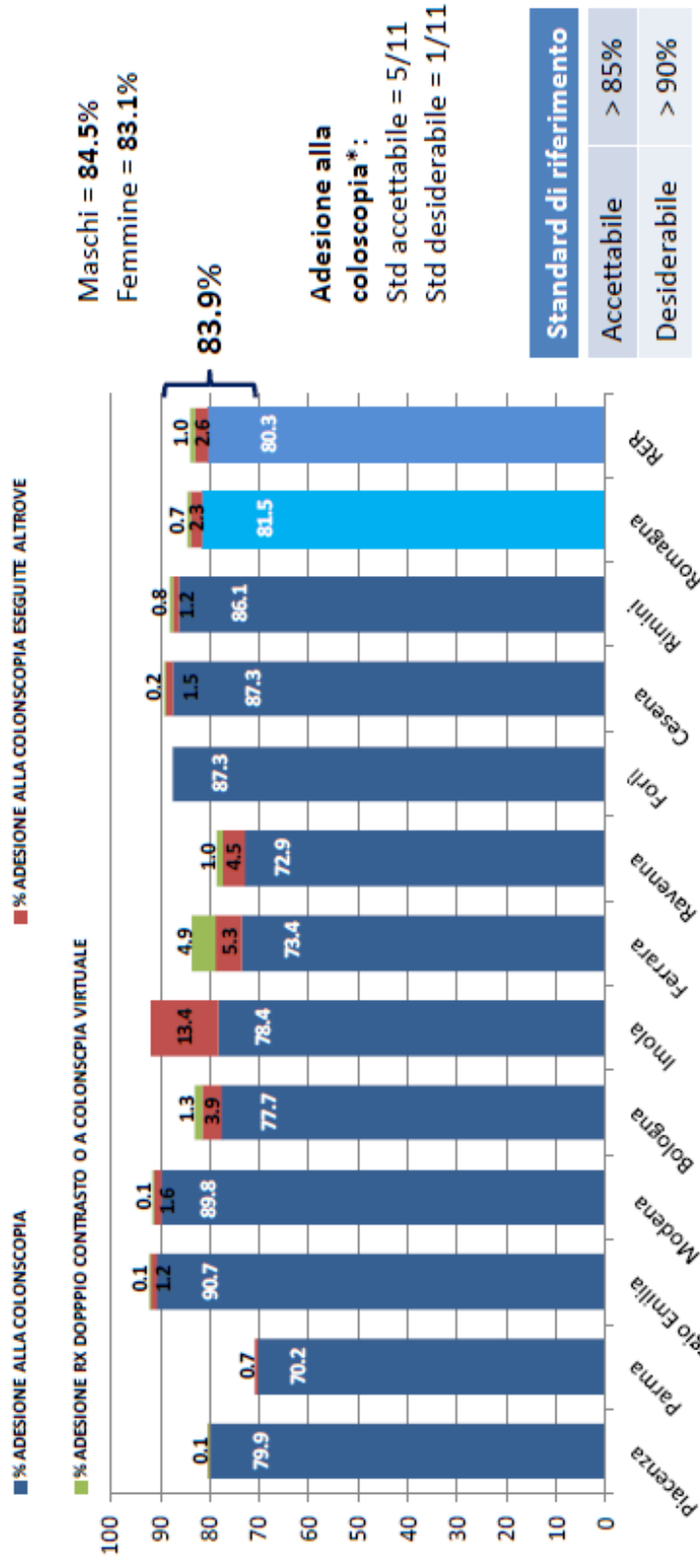


**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

**ISTITUTO
SCIENTIFICO
ROMAGNOLI
PER LO STUDIO E LA CURA
DEI TUMORI**

Adesione al II livello 2016

Adesione al II livello (colonscopia o clisma o colonscopia virtuale) specifica per AUSL, totale esami RER



(persone che eseguono l'approfondimento / persone invitate a eseguire approfondimento)%*

*** SONO INCLUSE LE PERSONE CHE ESEGUONO LA COLONSCOPIA ALTROVE O CHE COMUNICANO DI AVER GIÀ ESEGUITO UNA COLONSCOPIA ALTROVE**

Italia 2016

81.8%*

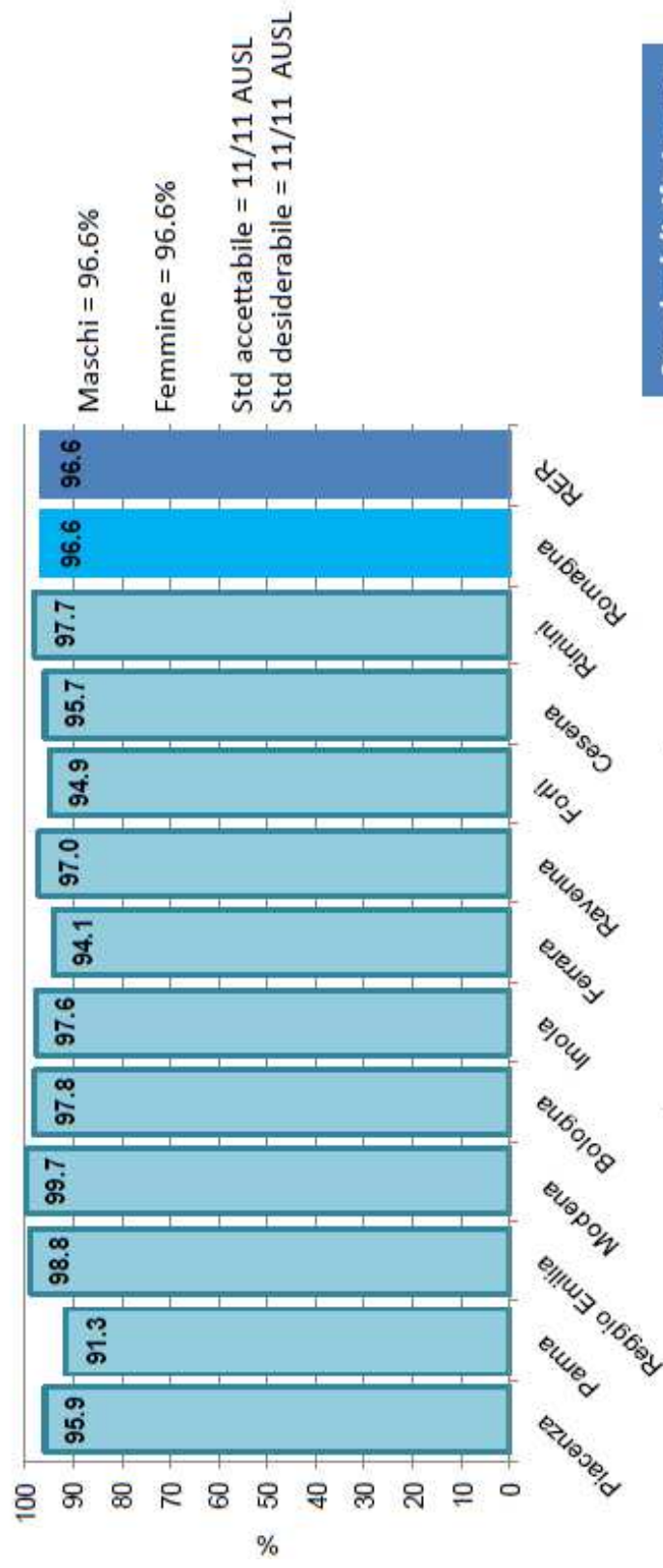


SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

ISTITUTO
SCIENTIFICO
ROMAGNOLI
PER LO STUDIO E LA CURA
DEI TUMORI

Colonscopie complete 2016

Proporzione colonscopie complete specifica per AUSL, totale esami RER



(persone con almeno un esame completo/persone che effettuano la colonscopia)%

Standard di riferimento

Accettabile > 85%

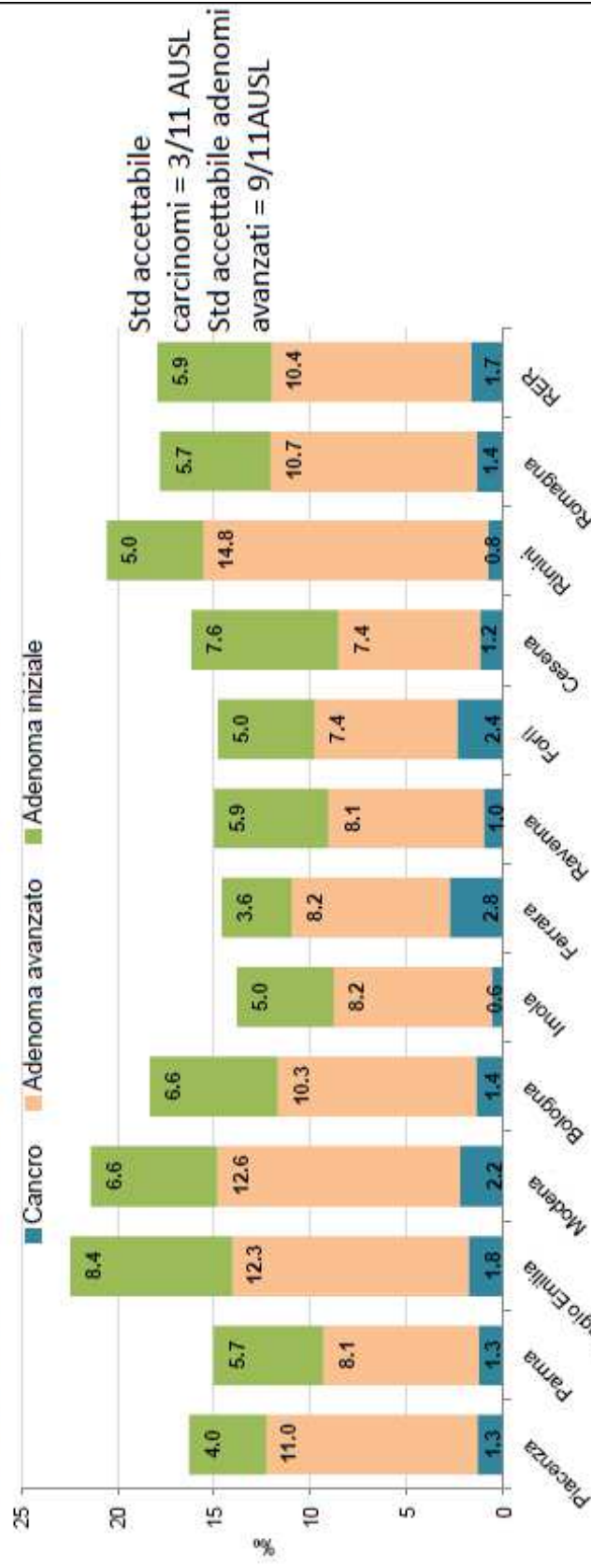
Desiderabile > 90%

Italia 2016 93.4%



Detection rate 2016

Detection rate standardizzato* per età e sesso specifico per AUSL, primi esami RER



Std accettabile
carcinomi = 3/11 AUSL
Std accettabile adenomi
avanzati = 9/11 AUSL

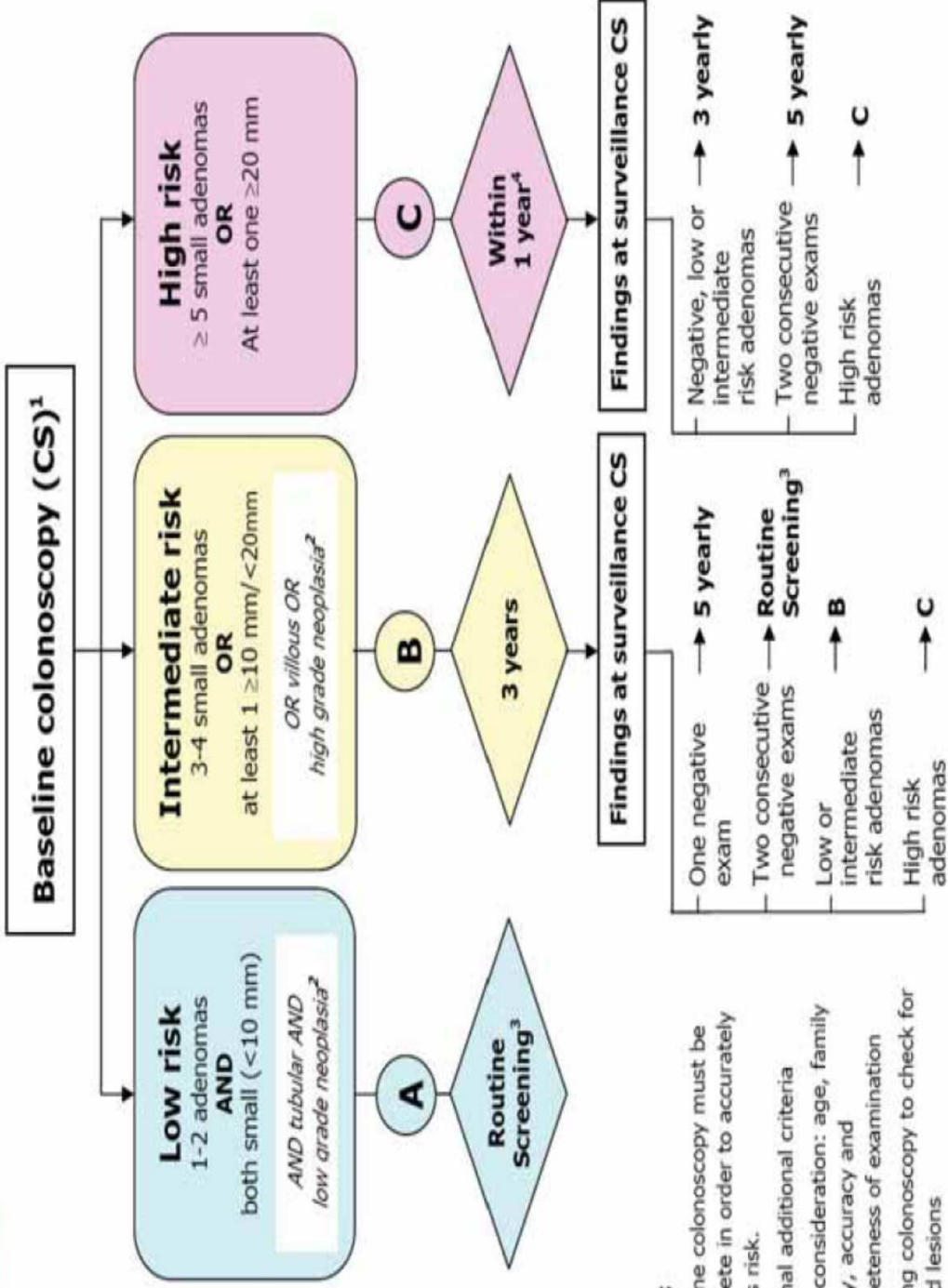
* Popolazione standard totale regionale

(persone con diagnosi di cancro o adenoma avanzato o adenoma iniziale / persone sottoposte a screening)‰

	Standard	Carcinoma	Adenoma avanzato
Italia 2016 – cancri	1.9‰	> 2‰	> 7.5‰
Italia 2016 – ad. avanzati	8.7‰	> 2.5‰	> 10‰



COLONOSCOPIC SURVEILLANCE FOLLOWING ADENOMA REMOVAL (EU 2010)



Notes:

- 1 Baseline colonoscopy must be complete in order to accurately assess risk.
- 2 Optional additional criteria
- 3 Other consideration: age, family history, accuracy and completeness of examination
- 4 Clearing colonoscopy to check for missed lesions



Follow-up 2016

Distribuzione percentuale delle raccomandazioni dopo clean colon per diagnosi istologica (coloscopie eseguite dalla coorte di inviti 2016), RER

Raccomandazione	negativo (%)	adenoma a basso rischio (%) (1)	adenoma a rischio intermedio (%) (2)	adenoma ad alto rischio (%) (3)	adenoma cancerizzato (%)
FOBT a 5 anni	96.9	55.6	3.0	0.6	0.0
FOBT a 2 anni	0.2	2.1	0.1	0.0	0.0
coloscopia a 5 anni	1.6	25.5	6.3	0.4	1.1
coloscopia a 3 anni	0.6	10.2	71.6	15.6	2.2
coloscopia a 1 anno	0.3	2.1	13.6	50.4	22.6
coloscopia a 6 mesi	0.1	0.6	2.7	14.3	12.9
invio a chirurgia	0.0	0.2	0.4	10.1	54.8
altro	0.4	3.7	2.3	8.6	6.5

(1) Basso rischio: pazienti con 1 - 2 adenomi < 10mm, tubulari e con displasia di basso grado

(2) Rischio intermedio: pazienti con 3 - 4 adenomi o almeno 1 adenoma ≥ 10mm e < 20mm, o almeno 1 adenoma con componente villosa o displasia di alto grado

(3) Alto rischio: pazienti con 5 o più adenomi o un adenoma ≥ 20mm.

Evidenziata in verde la percentuale corrispondente alle indicazioni delle Linee Guida Europee.

Circa l'81% delle raccomandazioni è coerente con le indicazioni fornite dalle Linee Guida (si escludono dal calcolo adenomi cancerizzati e i cancri).

Linee di indirizzo per la riorganizzazione della rete ospedaliera

PSR 1999-2001

- Cardiologia interventiva e Cardiocirurgia
- Neuroscienze
- Terapia dei grandi traumi
- Terapia intensiva neonatale e pediatria
- Oncologia
- Trapianto di organi e tessuti
- Terapia del dolore
- Malattie rare
- Emergenza territoriale
- Sistema delle Centrali operative 118
- Sistema trasfusionale
- Terapia delle grandi ustioni
- Procreazione medicalmente assistita
- Genetica medica
- Riabilitazione
- Diagnostica di laboratorio ad elevata complessità
- Centro Antiveleni
- Trattamenti sostitutivi artificiali dell'insufficienza renale

DM 70/2015

- Rete Infarto
 - Rete Ictus
 - Rete Traumatologica
 - Rete Neonatologia e punti nascita
 - Rete Oncologia
 - Rete Trapiantologica
 - Rete Terapia del dolore
 - Rete Malattie rare
 - Rete dell'emergenza-urgenza
 - Rete *medicines specialistiche*
 - Rete *pediatrica*
- Funzioni da concentrare
- **Specifiche linee di attività del sistema trasfusionale**

Tabella 1 – Reti H&S PSR 1999-2001 e Reti ospedaliere DM 70/2015

Relativamente alle discipline già considerate dal PSR 1999-2001, si ritiene necessario fornire specifici indirizzi vincolanti:

Oncologia:

L'ambito non si limita alla sola oncologia ma al complessivo sistema di cura oncologico, compresi gli aspetti diagnostici specifici e quelli terapeutici, anche chirurgici. Va sottolineato che, nelle more della definizione della rete oncologica e dei centri per il trattamento della casistica chirurgica oncologica, ogni centro che tratti casistica chirurgica oncologica è vincolato a garantire che l'indicazione chirurgica venga posta a seguito di una valutazione multidisciplinare, sul modello del breast multidisciplinary team. Un ulteriore elemento di prioritaria valutazione dovrà essere rappresentato dalle anatomie patologiche, per gli aspetti relativi all'assetto di rete e a quello delle competenze, avendo cura di valorizzare le sinergie tra fasi comuni del processo di produzione, in un'ottica di concentrazione delle sedi, delle tecnologie e delle funzioni avanzate, nonché delle competenze ad elevata specificità. Sarà necessario assicurare altresì la disponibilità di professionisti presso gli stabilimenti ospedalieri dove si eseguano interventi che abbiano necessità di diagnostica estemporanea.

Rete oncologica e oncoematologica

Servizio Assistenza Ospedaliera
Regione Emilia-Romagna
Bologna, 11 Ottobre 2018



Il passato

- Piano Sanitario Regionale 1999-2001
- Linee guida per l'organizzazione delle aree di attività di livello regionale secondo il modello “Hub & Spoke “ (DGR n. 1267/2002)
- Comitato tecnico-scientifico regionale per l'assistenza oncologica (DGR 1175/2014, 519/2011, 1107/2009, 766/2006) con funzioni di:
 - stima del fabbisogno di procedure ed interventi di particolare rilevanza;
 - definizione dei criteri professionali per la valutazione dei processi assistenziali e dei loro esiti;
 - formulazione e implementazione di indicazioni generali relative ai percorsi diagnostico-terapeutici e agli assetti clinico-organizzativi dei servizi
 - monitoraggio dell'accessibilità dei servizi, con particolare riguardo alla analisi dei tempi di attesa;
 - concorso al governo dei processi di adozione di rilevanti innovazioni tecnologiche e clinico-organizzative

Normativa nazionale

DM n. 70/2015

- **Standard di strutture** per disciplina (bacini di utenza)

Disciplina	Bacino massimo (milione di ab)	Bacino minimo (milione di ab)
Oncologia con PL	0,6	0,3
Oncologia senza PL	0,3	0,15
Ematologia (e oncoematologia escl. Ped.)	1,2	0,6
Radioterapia	1,2	0,6
Medicina Nucleare con PL*	4	2
Medicina Nucleare senza PL	1,2	0,6

Procedura chirurgica	Soglie minime volume di attività
Interventi chirurgici per Ca mammella	150 primi interventi su casi di tumore della mammella incidenti per Struttura complessa/anno

- **Volumi ed esiti**

Procedure chirurgiche per tumore della mammella

Normativa regionale

DGR n. 2040/2015

«Riorganizzazione della rete ospedaliera secondo gli standard previsti dalla Legge 135/2012, dal Patto per la Salute 2014/2016 e dal DM 70/2015»

01

Portare la dotazione dei posti letto pubblici e privati accreditati regionali all'obiettivo indicato dal DM 70/2015 (3,7 posti letto per 1000 abitanti)

02

Ripuntualizzare le discipline di rilievo regionale, come evoluzione di quelle già individuate, prevedendo che per queste sia il livello regionale a definire i bacini, le UOC, gli assetti di rete e le relazioni, riavviando un lavoro di confronto specifico con le Aziende ed i professionisti, a partire dall'adeguamento/manutenzione delle reti cliniche esistenti

03

Attuare una riorganizzazione che tenga conto dei volumi e degli esiti per le principali patologie in cui è comprovato che all'aumentare dei volumi le complicitanze si riducono

04

Individuare modelli assistenziali che riducano le barriere organizzative e facilitino il percorso del paziente nei setting di cura intraospedalieri

Normativa regionale

DGR n. 2040/2015



Ripuntualizzare le reti

DEFINIRE I BACINI E LE STRUTTURE



DEFINIRE GLI ASSETTI DI RETE E LE RELAZIONI



AVVIARE CONFRONTO SPECIFICO CON AZIENDE E PROFESSIONISTI



ADEGUAMENTO /MANUTENZIONE DELLE RETI ESISTENTI

Normativa regionale

DGR n. 2040/2015

Oncologia:

L'ambito non si limita alla sola oncologia ma al complessivo sistema di cura oncologico, compresi gli aspetti diagnostici specifici e quelli terapeutici, anche chirurgici. Va sottolineato che, nelle more della definizione della rete oncologica e dei centri per il trattamento della casistica chirurgica oncologica, ogni centro che tratti casistica chirurgica oncologica è vincolato a garantire che l'indicazione chirurgica venga posta a seguito di una valutazione multidisciplinare, sul modello del breast multidisciplinary team. Un ulteriore elemento di prioritaria valutazione dovrà essere rappresentato dalle anatomie patologiche, per gli aspetti relativi all'assetto di rete e a quello delle competenze, avendo cura di valorizzare le sinergie tra fasi comuni del processo di produzione, in un'ottica di concentrazione delle sedi, delle tecnologie e delle funzioni avanzate, nonché delle competenze ad elevata specificità. Sarà necessario assicurare altresì la disponibilità di professionisti presso gli stabilimenti ospedalieri dove si eseguano interventi che abbiano necessità di diagnostica estemporanea.

La valutazione multidisciplinare

- Concentrare la casistica di chirurgia mammaria prevedendo di eseguire 150 primi interventi su casi di tumore della mammella incidenti per struttura complessa;
- Garantire la clinical competence per i chirurghi con almeno 50 interventi/anno e definire il percorso di garanzia per le clinical competence di radiologi e anatomo patologi in conformità a quanto contenuto nella delibera regionale, nelle indicazioni nazionali e nelle indicazioni EUSOMA

La concentrazione dei casi e la clinical competence

Normativa regionale

DGR n. 1907/2017

«Costituzione della **Cabina di regia regionale** per le attività inerenti la programmazione per le discipline di rilievo regionale, in attuazione del DM 70/2015 e della DGR 2040/2015 - Indicazioni per la definizione delle reti delle discipline di rilievo regionale»

Con i **compiti** di:

- analizzare lo stato dell'arte delle reti già attive e i principali problemi che il SSR deve affrontare;
- individuare le aree relativamente alle quali attivare prioritariamente i Coordinamenti di Rete;
- definire le indicazioni comuni ai diversi Coordinamenti e il loro mandato;
- realizzare attività permanente di monitoraggio e supporto al lavoro dei gruppi;
- valutare preliminarmente la coerenza dei documenti prodotti.

Normativa regionale

DGR n. 972/2018

«Costituzione **Organismi di coordinamento delle reti** cardiologica e chirurgica cardiovascolare, neuroscienze, oncologica e oncoematologica, ai sensi dell'Accordo stato regioni 14/CSR del 24 gennaio 2018 e della DGR n. 2040/2015»

Con i **compiti** di:

- garantire il **governo** della rete, l'integrazione professionale tra le diverse componenti professionali e le connessioni con gli organi di governo regionale;
- individuare le **priorità** della rete da trattare direttamente o attraverso gruppi di lavoro per aree tematiche, da formalizzare in un Piano di attività biennale e da rendicontare alla fine del mandato;
- proporre il profilo ottimale di **allocazione** dei servizi all'interno della rete, individuando responsabilità, obiettivi, modalità organizzative, compresa la dislocazione delle principali piattaforme produttive;
- proporre i **centri di riferimento** per casistica complessa o rara;
- proporre l'allocazione delle **tecnologie innovative** (farmaci e device ad alto costo come le protesi endovascolari su misura);
- formalizzare le **relazioni collaborative** tra i nodi della rete, anche attraverso l'avvio di specifici programmi assistenziali o la costituzione di dipartimenti interaziendali;
- validare e monitorare i **PDTA** proposti dai gruppi di lavoro specifici per aree tematiche avendo particolare attenzione all'integrazione ospedale-territorio e alle fasce di età pediatrico-adolescenziale;
- verificare il raggiungimento degli **obiettivi di mandato** dei gruppi di lavoro specifici per aree tematiche;
- monitorare le **performance** delle reti;
- definire programmi di **formazione** continua, valorizzando le competenze delle Aziende Ospedaliere-Universitarie;
- definire standard e modalità di certificazione delle **clinical competence (privileges)**;
- definire il piano di sviluppo e di miglioramento dei **sistemi informativi** e dei relativi fabbisogni, in risposta alle esigenze di integrazione e di informazione clinica;
- promuovere il governo della **ricerca** clinica ed organizzativa, in particolare l'implementazione dei risultati nell'organizzazione dei servizi e le collaborazioni con network nazionali/internazionali

Livello strategico

- **garantire il governo della rete**, l'integrazione professionale tra le diverse componenti professionali e le connessioni con gli organi di governo regionale;
- **individuare le priorità della rete** da trattare direttamente o attraverso gruppi di lavoro per aree tematiche (Piano di attività triennale e relativa rendicontazione annuale)
- designare il **profilo ottimale di allocazione dei servizi** all'interno della rete, individuando responsabilità, obiettivi, modalità organizzative, compresa la dislocazione delle principali piattaforme produttive;
- individuare i centri di riferimento per casistica complessa o rara;
- **monitorare le performance delle reti**;
- definire programmi di formazione continua, **valorizzando le competenze** delle Aziende Ospedaliere-Universitarie

Livello tecnico scientifico

- formalizzare le **relazioni collaborative tra i nodi della rete**, anche attraverso l'avvio di specifici programmi assistenziali o la costituzione di dipartimenti interaziendali;
- **validare i PDTA** proposti dai gruppi di lavoro specifici per aree tematiche avendo particolare attenzione all'*integrazione ospedale-territorio* e alle fasce di età pediatrico-adolescenziale;
- verificare il raggiungimento degli obiettivi di mandato dei gruppi di lavoro specifici per aree tematiche;
- **definire standard e modalità di certificazione delle clinical competence (privileges)**;

Livello di programmazione dell'Innovazione e ricerca

- definire il piano di sviluppo e di miglioramento dei **sistemi informativi** e dei relativi fabbisogni, in risposta alle esigenze di integrazione e di informazione clinica;
- definire l'**allocazione delle tecnologie innovative** (farmaci e device ad alto costo), con strumenti HTA;
- **promuovere il governo della ricerca clinica** ed organizzativa con particolare attenzione all'implementazione dei risultati nell'organizzazione dei servizi e alle relazioni collaborative con i network nazionali ed internazionali.

Funzioni dei gruppi di coordinamento di rete

I criteri per l'individuazione delle tematiche prioritarie

- Evidenze scientifiche disponibili
- Diseguaglianze di processi ed esiti assistenziali
- Variabilità delle pratiche professionali non giustificata
- Costi elevati per il SSN di pratiche sanitarie ad alto impatto organizzativo o tecnologico
- Indicazione della programmazione nazionale e regionale



Modalità : attraverso sottogruppi temporanei con mandati specifici

Proposta di aree tematiche per i sottogruppi



Patologia neoplastica
mammella (già attivo)

Radioterapia (già attivo)

Patologia neoplastica
ovaio



Patologia neoplastica
apparato gastro-enterico
(*colon, retto, stomaco,
fegato, pancreas*)

Oncoematologia

Anatomia Patologia e
Biologia molecolare
avanzata



Patologia neoplastica
apparato respiratorio
(*polmone*)

Patologia neoplastica
apparato uro-genitale
(*prostata, vescica, rene*)

Questo documento nasce con lo scopo di rendere omogenee le procedure diagnosticoterapeutiche e riabilitative e di promuovere il miglioramento continuo della qualità dei percorsi in ambito senologico nella Regione Emilia-Romagna, dalla fase diagnostica fino al percorso di riabilitazione e follow-up.

Partendo da linee guida, documenti di riferimento e protocolli diagnostici pubblicati in letteratura, questo lavoro rappresenta una sintesi condivisa a livello regionale, tenendo conto anche delle peculiarità organizzative della realtà sanitaria dell'Emilia-Romagna.

100

Il Protocollo
Diagnostico-Terapeutico
e Assistenziale
per il carcinoma mammario
della Regione Emilia-Romagna

In ambito assistenziale il passaggio dal concetto di “terapia” a quello di “cura” rappresenta certamente una delle più importanti evoluzioni culturali dell’ultimo decennio. Ciò presuppone che l’erogazione di prestazioni a fronte di un’esigenza clinica sia contestualizzata all’interno di un percorso organico e appropriato, con una presa in carico attiva e una centralità dei pazienti in ogni declinazione dell’iter clinico. Il modello dell’approccio clinico multidisciplinare e multiprofessionale in ogni fase del percorso si è sostanzialmente affermato anche come modalità più umanizzante di approccio ai pazienti, garantendo appropriatezza ed efficacia nei confronti degli obiettivi terapeutici ed efficienza in termini di universalità, equità e sostenibilità.

La Regione Emilia-Romagna ha partecipato attivamente a questo processo e a livello delle diverse realtà territoriali sono da tempo attivi percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali (PDTA), dedicati a diverse patologie oncologiche, che hanno raccolto la sfida di modelli assistenziali più appropriati e condivisi. La senologia rappresenta il primo ambito che ha ricevuto una strutturazione istituzionale con l’avvio dei Centri di Senologia e la formalizzazione di indicatori di qualità di riferimento.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

ISSN 2464 - 9252

N° 100 - 2018

PREVENZIONE NEI LUOGHI DI VITA E DI LAVORO

Gruppo di lavoro patologia neoplastica apparato gastro-enterico (colon, retto, stomaco, fegato, pancreas)

- proposta per la definizione delle reti di patologia: strutture di riferimento per la rete, responsabilità, obiettivi, programmi di collaborazione e piattaforme produttive;
- individuazione di cut-off per l'attività chirurgica;
- sorveglianza dei tempi di attesa;
- definizione dei principali PDTA in tutte le fasi dalla prevenzione al follow-up;
- definizione dei criteri per garantire qualità, appropriatezza, sicurezza e continuità assistenziale dei percorsi individuati;
- definizione dei sistemi di monitoraggio di processi ed esiti e di valutazione della rete;
- sviluppo e coordinamento di un sistema organizzato per la pianificazione e conduzione di studi clinici rilevanti per il SSR

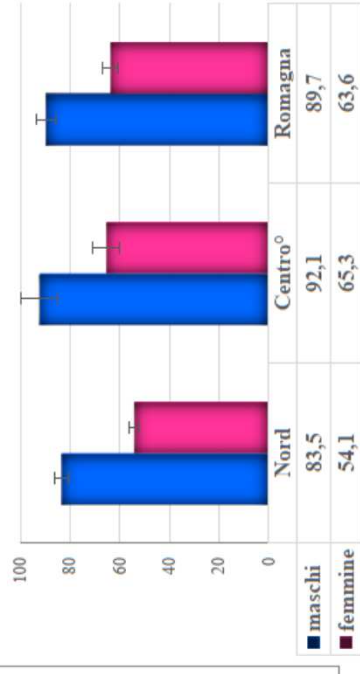
Epidemiologia

K colon-retto

Epidemiologia

- 3° tumore più frequente negli uomini (12%) e 2° nelle donne (11%)
- 2° causa di morte tumorale più frequente negli uomini (10%), 3° nelle donne (12%)
- oltre 3.500 nuovi casi infiltranti/anno
- circa 1.500 decessi/anno
- Incidenza e mortalità in diminuzione
- Proporzioni K colon/K retto circa 4:1

Confronti incidenza tra Arce Vaste. Anni 2010-13

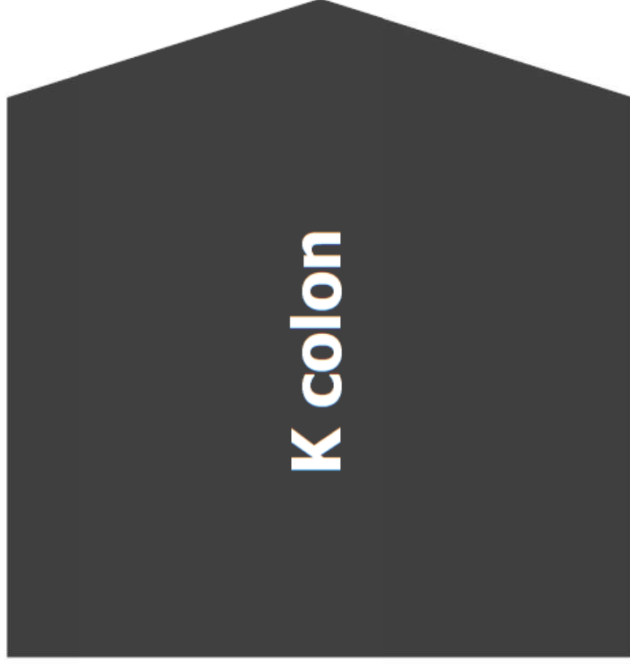


°Provincia di Ferrara, AUSL Imola

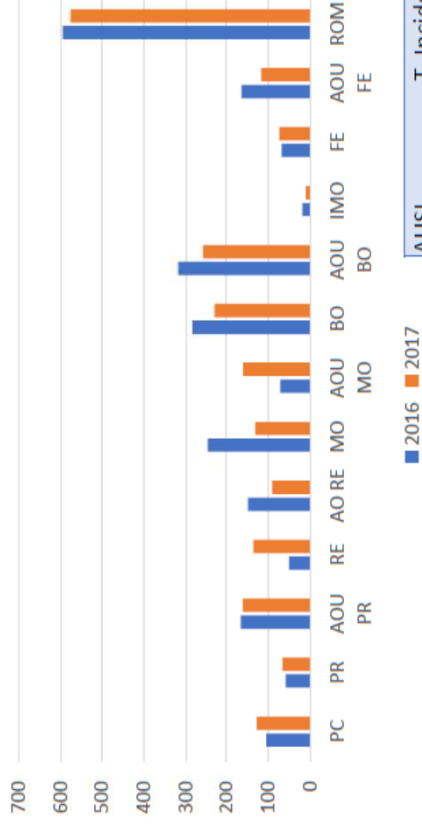
Programma di screening colo-rettale

- attivo dal 2005, rivolto ai soggetti in età 50-69
- quasi 600.000 persone invitate ogni anno (copertura del 100% della popolazione bersaglio)
- adesione del 50%
- ogni anno vengono rimossi endoscopicamente, a circa 2.300 persone, adenomi ad alto rischio di evoluzione tumorale

Epidemiologia e tempi di attesa



Volumi interventi chirurgici isolati per k colon



	2016	2017
Totale interventi RER	2.294	2.140
% mobilità attiva	9,5	10,3
% mobilità passiva	3,4	3,2

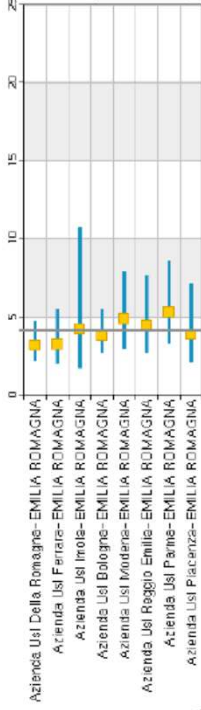
AUSL	T. Incidenza 2013 (RT) residenza	Interventi 2017 (pz. SDO)	T. Osped STD 2017
PC	72,3	137	40,6
PR	67,5	210	42,6
RE	47,5	200	36,4
MO	57,1	274	34,8
BO		376	36,9
IMO	60,6	53	33,3
FE	95,4*	196	42,1
ROM	66,4	528	41,5
Totale RER	65,1	1974	38,1

* dato al 2011

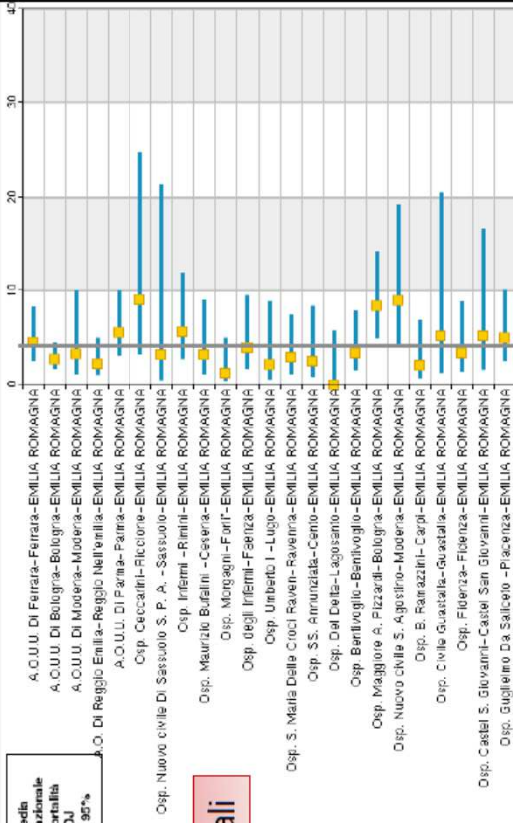
Intervento e Classe di priorità	STRUTTURE PUBBLICHE			STRUTTURE PRIVATE			TOTALE				
	% ricoveri erogati	Tempo di attesa medio	Tempo di attesa 90 perc.	% ricoveri erogati	Tempo di attesa medio	Tempo di attesa 90 perc.	% ricoveri erogati	Tempo di attesa medio	Tempo di attesa 90 perc.		
INTERVENTO TUMORE COLON RETTO A	1.139	90,7	18	46	95,7	11	1.185	90,9	17	15	30

Ultimo aggiornamento: 04/09/2018

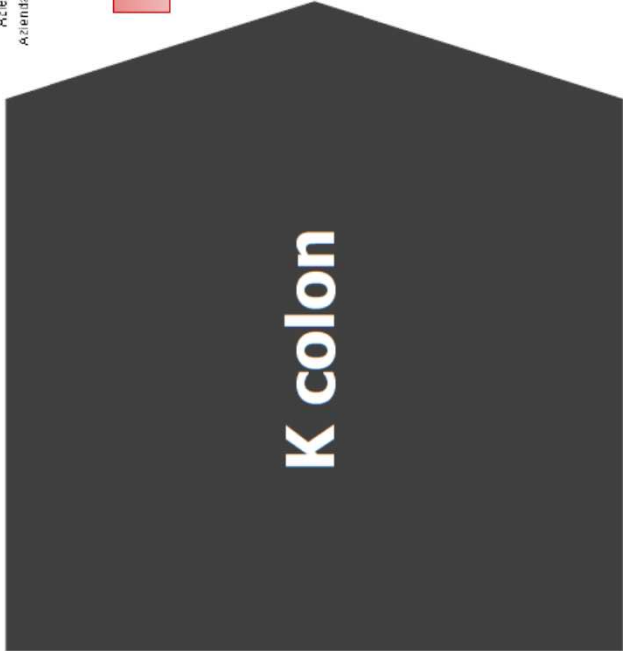
Esiti



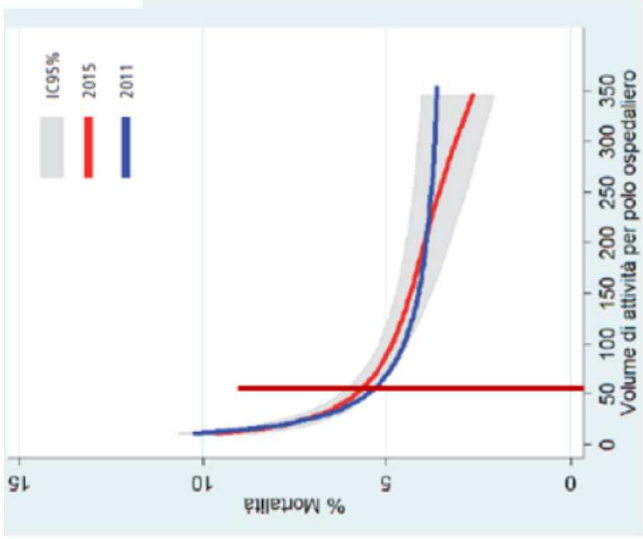
PNE 2017 Mortalità adj a 30 gg per K colon 2015-16 per struttura e azienda di residenza
Anno 2016: RER=4,44%; Italia=4,12%



Diseguaglianze di processi ed esiti assistenziali



Chirurgia del K colon: associazione tra mortalità a 30 giorni e volume di attività per polo ospedaliero. Italia 2011 e 2015

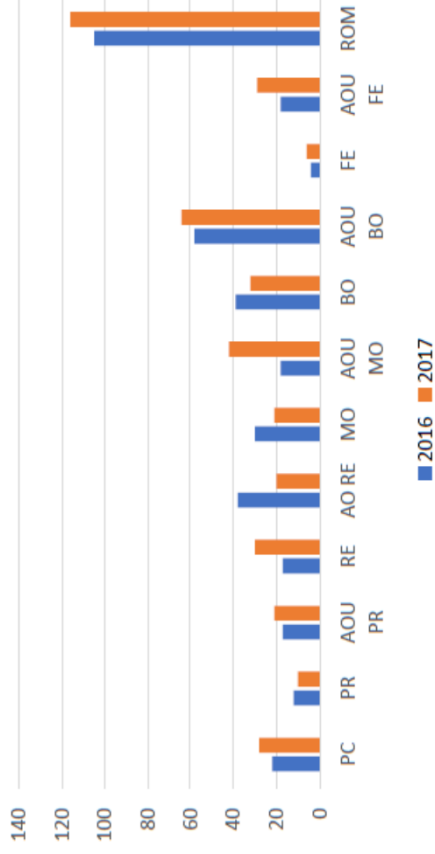


Evidenze scientifiche disponibili

Epidemiologia

K retto

Volumi interventi chirurgici isolati per k retto

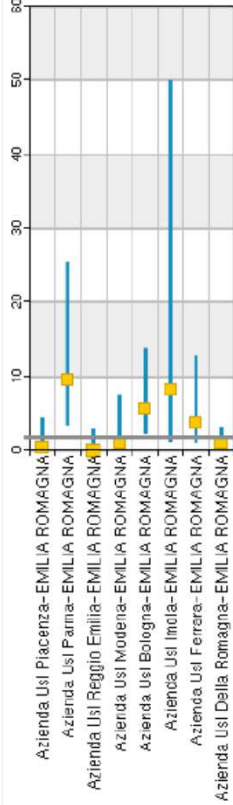
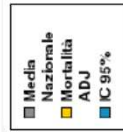


AUSL residenza	T. Incidenza 2013 (RT)	Interventi 2017 (pz. SDO)	T. Osped STD 2017
PC	16,8	35	11,0
PR	12,8	32	6,9
RE	12,8	47	9,1
MO	12,3	62	8,2
BO		62	6,3
IMO	12,1	10	7,3
FE	16,7*	41	9,0
ROM	17,8	101	8,7
Totale RER	15,0	390	8,1

* dato al 2011

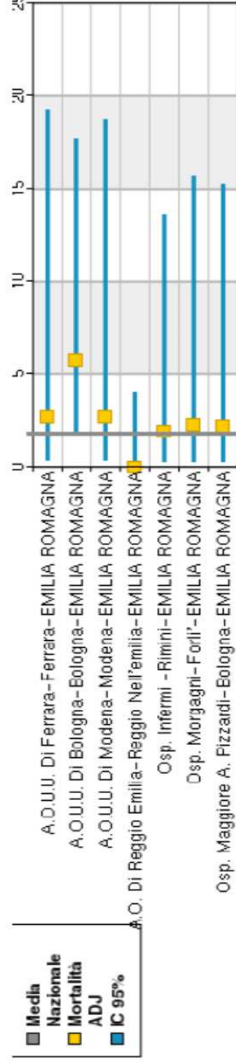
	2016	2017
Totale interventi RER	378	419
% mobilità attiva	11,6	12,9
% mobilità passiva	9,2	6,6

K retto



PNE 2017 Mortalità adj a 30 gg per K retto 2014-16 per struttura e azienda di residenza

Anno 2016 : RER = 2,99%; Italia = 1,79%



Chirurgia del cancro del retto Surgery for rectal cancer

VOLUME DI ATTIVITÀ OSPEDALIERA									
ESITO	MORTALITÀ OSPEDALIERA 0-30 GIORNI	SOPRAVVIVENZA A 5 ANNI	TASSI DI RECIDIVA PERMANENTE	DEGENZA AMBULATORIO	RICEDIVI LOCALI	DURATA MEDIA DELLA DEGENZA			
n. studi (n. partecipanti) n. studi con associazione positiva (n. partecipanti)	21 (165.47)* 8 (97.43)	19 (29.02)* 10 (100.03)*	12 (42.36) 6 (22.18)	5 (19.14) 1 (5.02)	5 (8.58) 2 (4.94)	3 (5.23) 3 (5.23)			
Cut-off ad alto volume (cs/anno) range: min: max: mediana	6.110** 1-40 33.5	6.35*** 1-78 28	71.41** 18 25.5	31	11-31 4 21	41**			
Metanalisi: referenza (confronto) n. studi (n. partecipanti) odds ratio (IC95%) cut-off ad alto volume (range)	Archampong 2012 (alt vs bass) ^{1,2} 0.75 (0.54-1.05)	Archampong 2012 (alt vs bass) ^{1,2} HR 0.92 (0.76-1.07) 6-110	Archampong 2012 (alt vs bass) ^{1,2} 0.86 (0.75-1.00) 6-40	Archampong 2012 (alt vs bass) ^{1,2} 1.17 (0.71-1.61) 30-119					
Metanalisi: referenza (confronto) n. studi (n. partecipanti) odds ratio (IC95%) cut-off ad alto volume (range)	Van Gijn 2010 (alt vs bass) ^{1,2} 0.74 (0.49-1.11) 18-30	Van Gijn 2010 (alt vs bass) ^{1,2} HR 0.83 (0.80-0.87) 17-35	Iversen 2006 (alt vs bass) ^{1,2} 0.76 (0.68-0.85) 6-30	Iversen 2006 (alt vs bass) ^{1,2} 1.31 (0.88-1.99) 30-41					
Metanalisi: referenza (confronto) n. studi (n. partecipanti) odds ratio (IC95%) cut-off ad alto volume (range)	Gruen 2009 (alt vs bass) ^{1,2} 1.07 (1.01-1.14) 1-41	Iversen 2006 (alt vs bass) ^{1,2} 1.38 (1.19-1.60) 6-30							
Metanalisi: referenza (confronto) n. studi (n. partecipanti) odds ratio (IC95%) cut-off ad alto volume (range)	Iversen 2006 (alt vs bass) ^{1,2} 0.67 (0.40-1.14) 1-30								

* Per il numero dei pazienti manca il dato di 1 studio / Missing data on number of patients in 1 study
 ** Per il valore di cut-off manca il dato di 1 studio / Missing data on cut-off values for 1 study
 *** Per il valore di odds ratio manca il dato di 1 studio / Missing data on odds ratios for 1 study
 HR, hazard ratio
 AOR, adjusted odds ratio
 AOR 2, model 2; AOR 1, model 1
 AOR 3, model 3; AOR 4, model 4
 AOR 5, model 5; AOR 6, model 6
 AOR 7, model 7; AOR 8, model 8
 AOR 9, model 9; AOR 10, model 10
 AOR 11, model 11; AOR 12, model 12
 AOR 13, model 13; AOR 14, model 14
 AOR 15, model 15; AOR 16, model 16
 AOR 17, model 17; AOR 18, model 18
 AOR 19, model 19; AOR 20, model 20
 AOR 21, model 21; AOR 22, model 22
 AOR 23, model 23; AOR 24, model 24
 AOR 25, model 25; AOR 26, model 26
 AOR 27, model 27; AOR 28, model 28
 AOR 29, model 29; AOR 30, model 30
 AOR 31, model 31; AOR 32, model 32
 AOR 33, model 33; AOR 34, model 34
 AOR 35, model 35; AOR 36, model 36
 AOR 37, model 37; AOR 38, model 38
 AOR 39, model 39; AOR 40, model 40
 AOR 41, model 41; AOR 42, model 42
 AOR 43, model 43; AOR 44, model 44
 AOR 45, model 45; AOR 46, model 46
 AOR 47, model 47; AOR 48, model 48
 AOR 49, model 49; AOR 50, model 50
 AOR 51, model 51; AOR 52, model 52
 AOR 53, model 53; AOR 54, model 54
 AOR 55, model 55; AOR 56, model 56
 AOR 57, model 57; AOR 58, model 58
 AOR 59, model 59; AOR 60, model 60
 AOR 61, model 61; AOR 62, model 62
 AOR 63, model 63; AOR 64, model 64
 AOR 65, model 65; AOR 66, model 66
 AOR 67, model 67; AOR 68, model 68
 AOR 69, model 69; AOR 70, model 70
 AOR 71, model 71; AOR 72, model 72
 AOR 73, model 73; AOR 74, model 74
 AOR 75, model 75; AOR 76, model 76
 AOR 77, model 77; AOR 78, model 78
 AOR 79, model 79; AOR 80, model 80
 AOR 81, model 81; AOR 82, model 82
 AOR 83, model 83; AOR 84, model 84
 AOR 85, model 85; AOR 86, model 86
 AOR 87, model 87; AOR 88, model 88
 AOR 89, model 89; AOR 90, model 90
 AOR 91, model 91; AOR 92, model 92
 AOR 93, model 93; AOR 94, model 94
 AOR 95, model 95; AOR 96, model 96
 AOR 97, model 97; AOR 98, model 98
 AOR 99, model 99; AOR 100, model 100

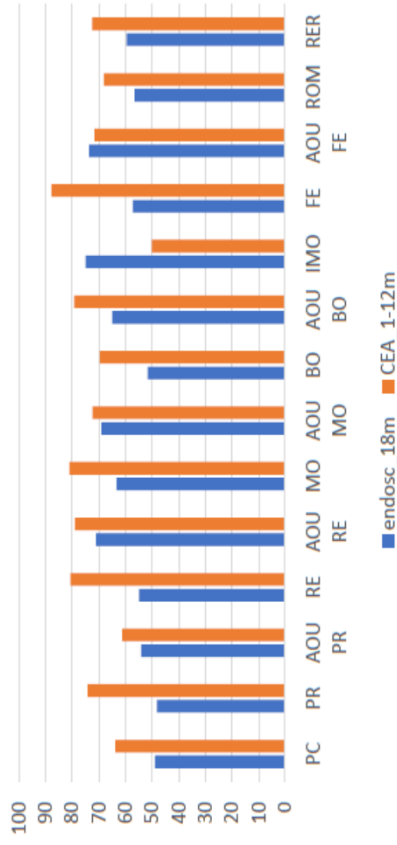
Chirurgia del K colon: associazione positiva tra mortalità a 30 giorni e volume di attività per polo ospedaliero

Il follow up dei tumori del colon e del retto

COORTE PDTA*

K colon

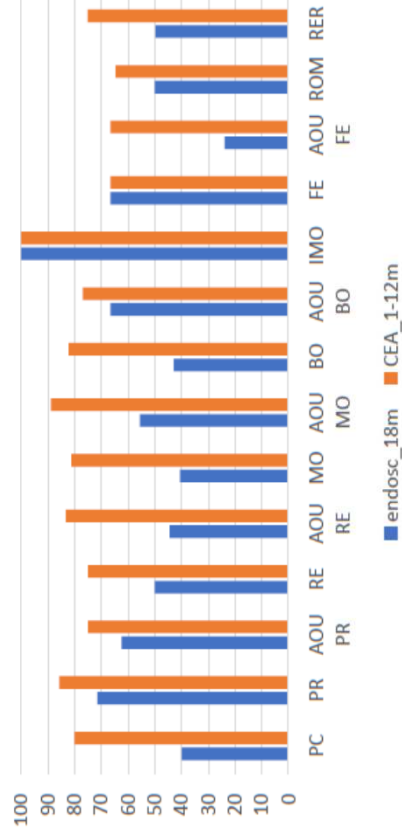
% soggetti con k colon che si sottopongono a esami di follow up. Anno 2016



	DENOM
PC	47
PR	27
AOU PR	98
RE	31
AOU RE	76
MO	147
AOU MO	29
BO	161
AOU BO	134
IMO	8
FE	49
AOU FE	95
ROM	345
RER	1247

K retto

% soggetti con k retto sottoposti a esami di follow up. Anno 2016



	DENOM
PC	15
PR	7
AOU PR	24
RE	12
AOU RE	18
MO	32
AOU MO	9
BO	28
AOU BO	39
IMO	1
FE	3
AOU FE	21
ROM	68
RER	277

* Criteri di selezione della coorte definiti nel manuale allegato al Decreto interministeriale «Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria»

Cronogramma progetto 2.12 "Implementazione e monitoraggio programmi di screening oncologici"

Attività principali	2015				2016				2017				2018			
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV		
Estensione e adesione agli screening oncologici																
Attività formative e di promozione qualità		X				X					X			X		
Aggiornamento PDTA, protocolli di sorveglianza e monitoraggio qualità nei tre programmi di screening		X				X					X			X		
Organizzazione e coordinamento di attività formative per il controllo di qualità in colposcopia e la concordanza diagnostica in cito-istologia cervicale		X				X					X			X		
Organizzazione e coordinamento di attività formative per il controllo di qualità e la concordanza diagnostica in radiologia senologica		X				X					X			X		
Organizzazione e coordinamento di attività formative per il controllo di qualità e la concordanza diagnostica in diagnostica istopatologica delle lesioni del colon-retto		X				X					X			X		
Organizzazione e coordinamento di attività formative per il controllo di qualità sulle tecniche radiodiagnostiche in senologia		X				X					X			X		

La prevenzione illumina

**screening
tumore
colon retto**

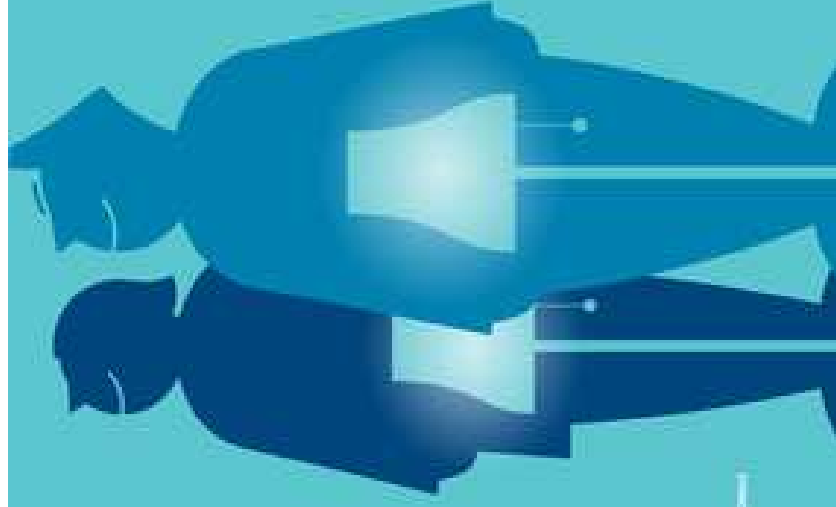
**È SEMPLICE,
GRATUITO
E FUNZIONA.**

N.VERDE 800 033 033

Ministero della Sanità



www.salute.gov.it



Direttive RER in merito al PDTA Colon-retto



**Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
 Carcinoma del Colon-Retto**

1. Emissione 1

2. Gruppo di lavoro multiprofessionale 2

3. Obiettivo 3

4. Metodologia 3

5. Definizioni ed acronimi 4

6. Riferimenti bibliografici 4

7. Flow chart 5

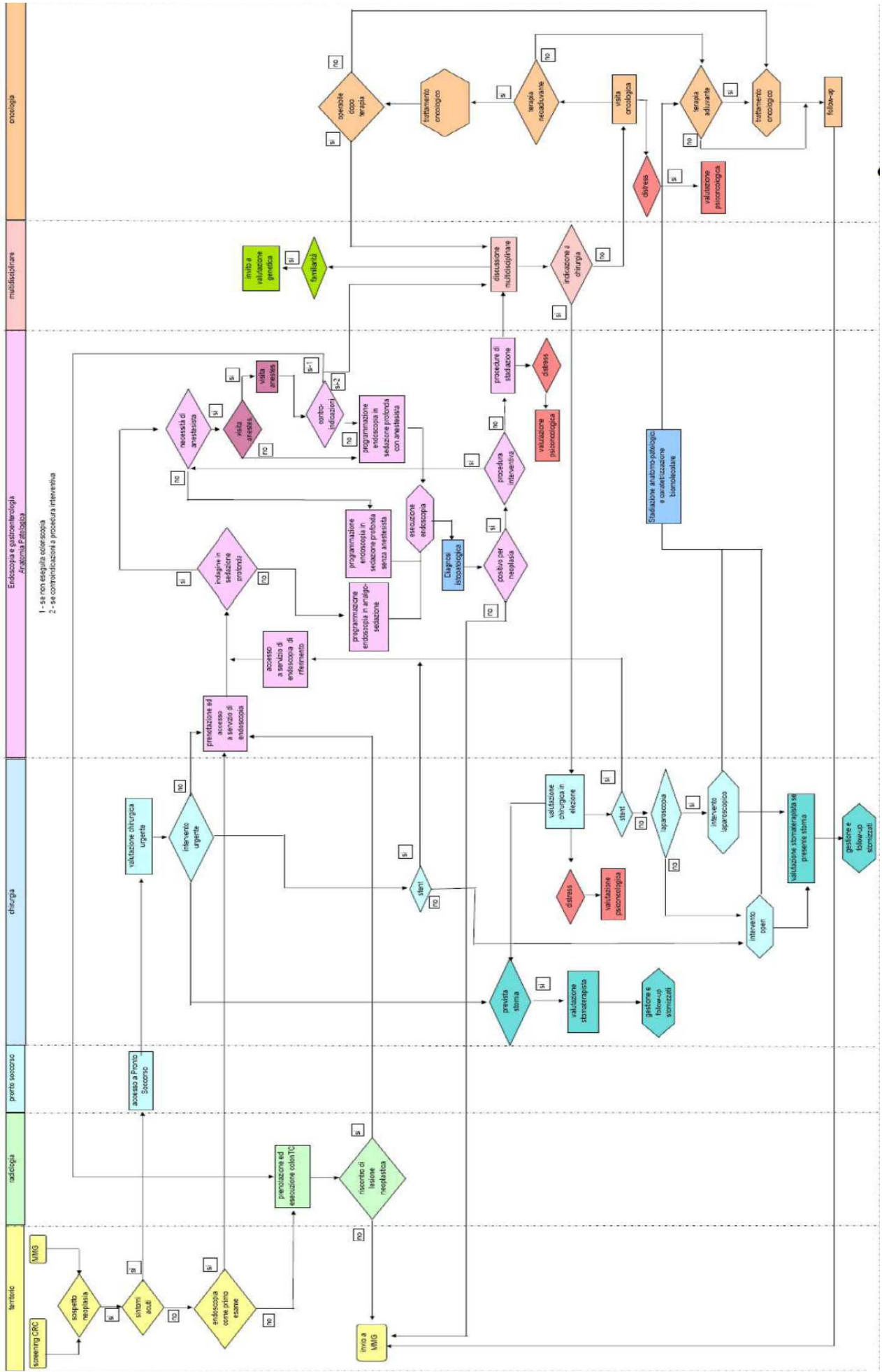
8. Linee Guida e criteri condivisi 6

9. Matrici tempi/fasi/attività 8

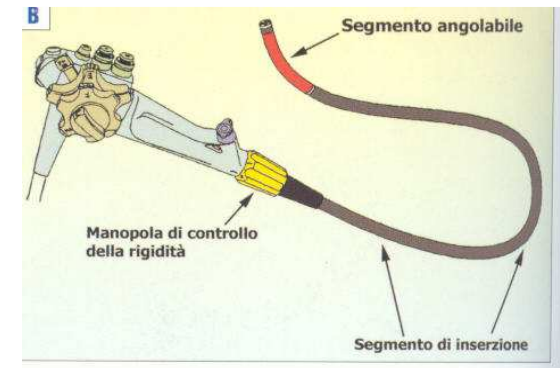
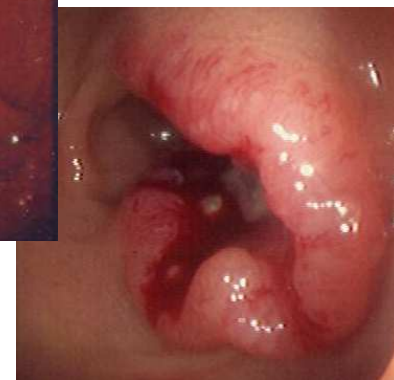
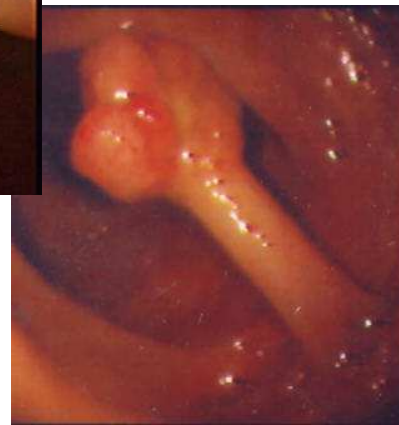
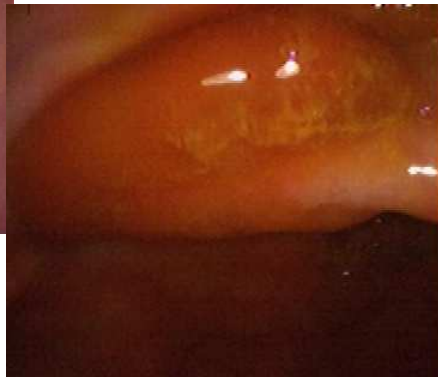
10. Parametri di controllo 16

1. Emissione

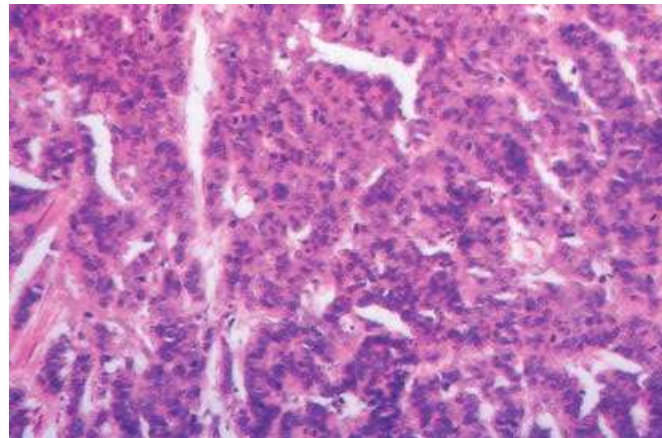
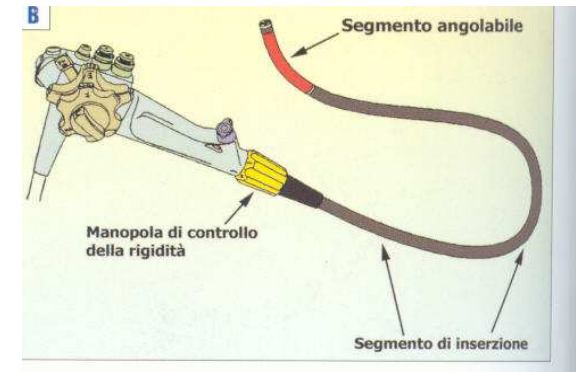
Rev.	Descrizione modifiche		Data Approvazione	Redazione	Firma Verifica	Firma approvazione
0	Prima redazione	15/07/2015	*Gruppo di redazione	Responsabile Qualità Az. Ospedaliero Universitaria (Dr. U. Wienand)		Direttore Generale (Dr. G. Rinaldi)
1	Seconda redazione	???????????	*Gruppo di redazione	Responsabile Aziendale Qualità Az. Usl (Dr. G. Sessa)	Responsabile Qualità Az. Ospedaliero Universitaria (Dr.ssa F.Bravi)	Direttore Generale (Dr. T. Carradori)



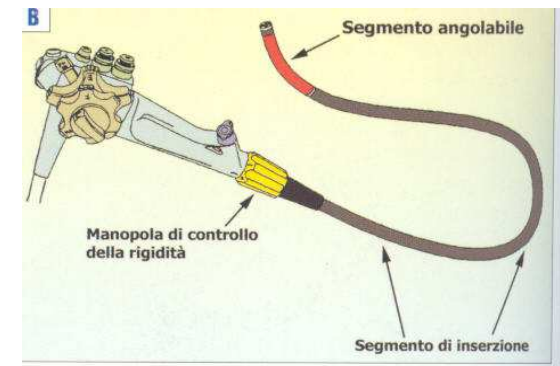
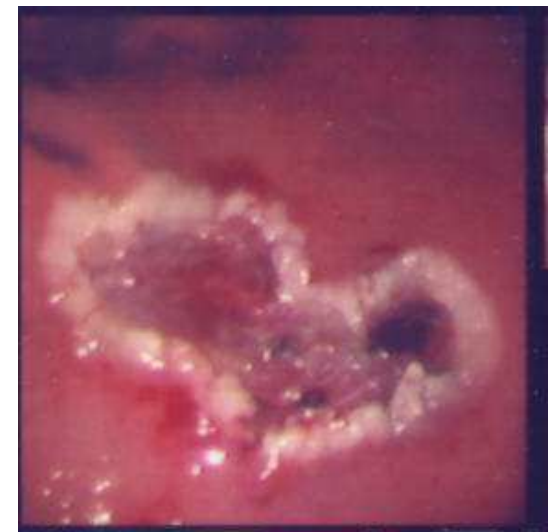
I TUMORI DEL COLON RETTO



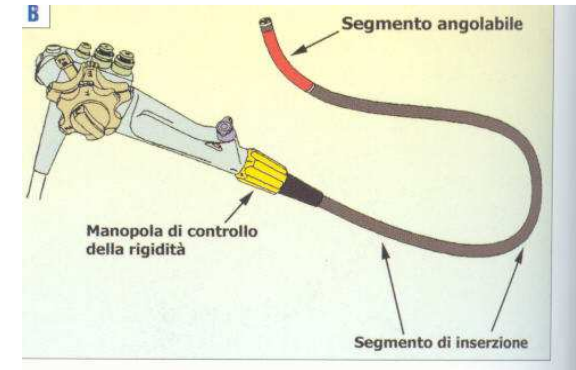
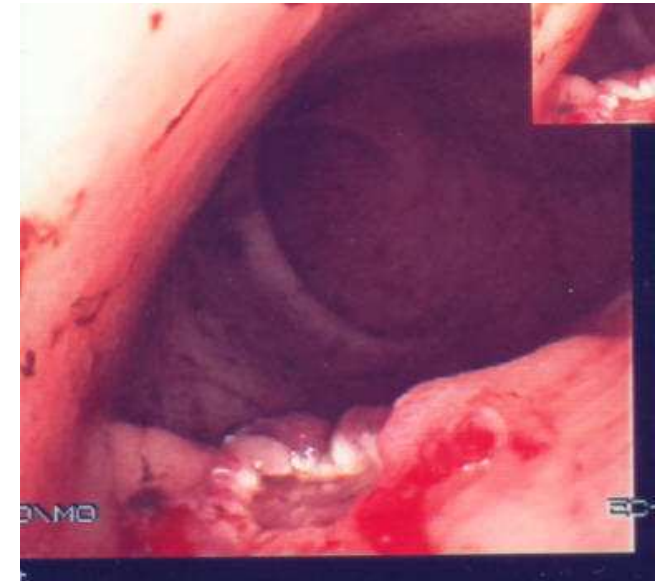
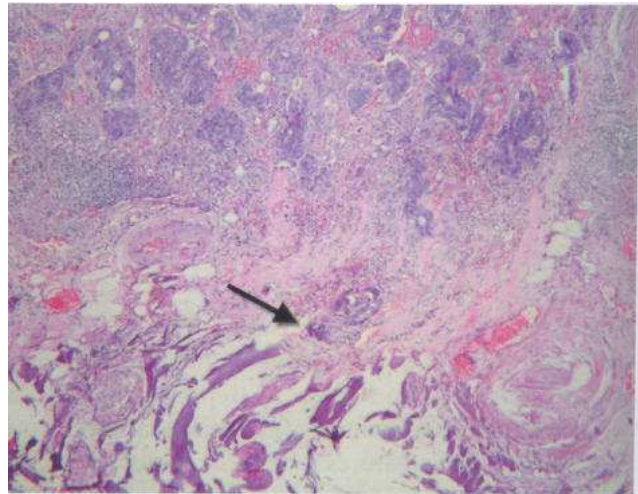
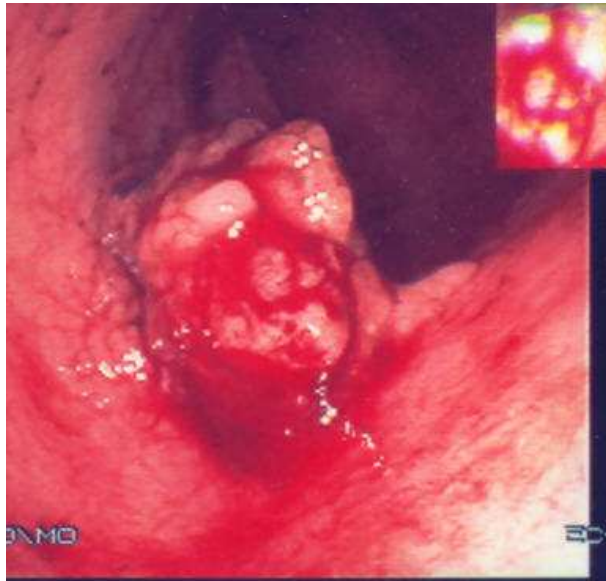
ADENOCARCINOMA biopsia



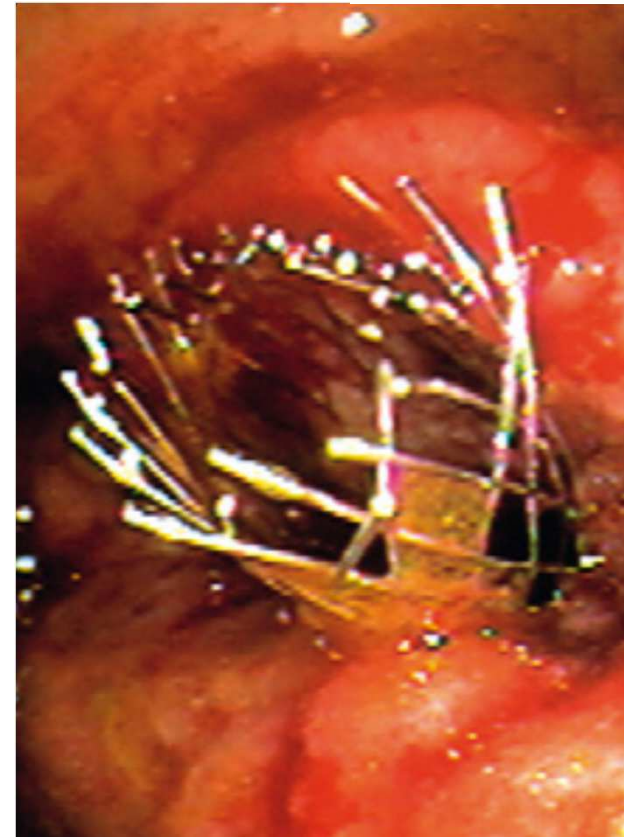
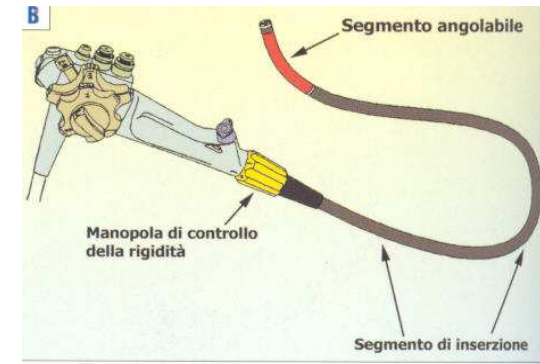
flat adenoma: EMR-ESD

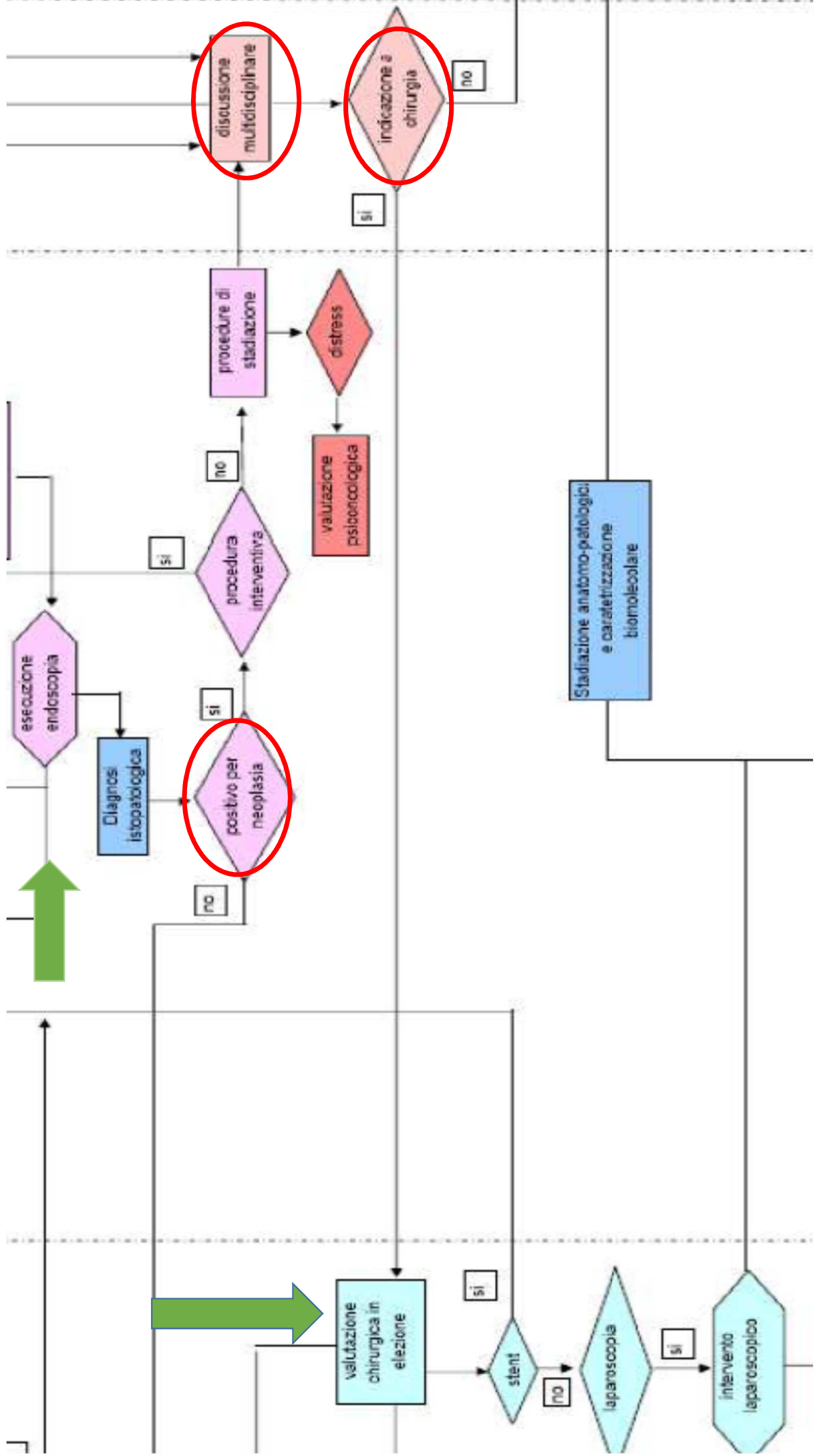


POLIPO CANCERIZZATO



Stent colico

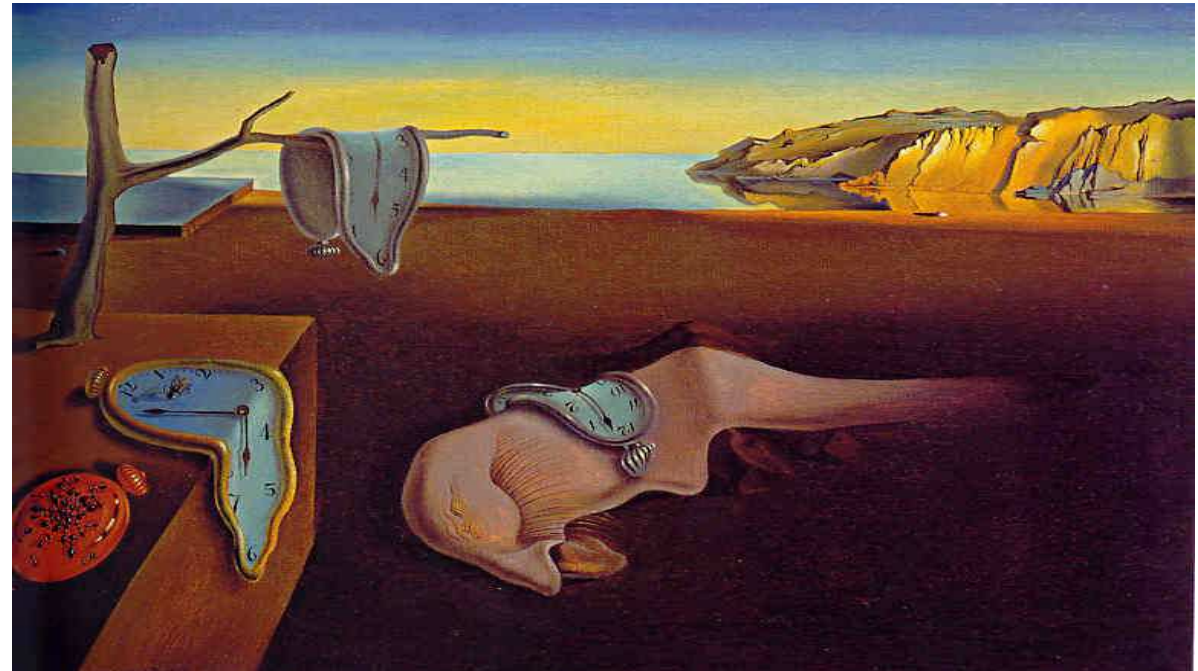




Sessione Congiunta SMC di Ferrara - SICE

Sabato 26 gennaio 2019

Aula Magna Nuovo Arcispedale S. Anna
Cona, Ferrara



Grazie per l'attenzione