



GOVERNO CLINICO 3

di un Servizio di Endoscopia Digestiva

*Il libro bianco dell'endoscopista
F. Cosentino, G. Battaglia, E. Ricci*

L'esperienza di un programma di audit clinico in gastroenterologia- endoscopia digestiva

*R. Sassatelli, D. Formisano,
F. Nicolini, L. Sircana, M. Pinotti,
A. Gigliobianco, N. Cartabellotta, G. Bedogni,
e il Gruppo Audit Gastroenterologia ed Endoscopia
Digestiva di Reggio Emilia*



il libro bianco dell'endoscopista

PROGETTAZIONE

ORGANIZZAZIONE

GESTIONE

GOVERNO CLINICO

**in un Servizio
di Endoscopia Digestiva**

Felice Cosentino

Giorgio Battaglia

Enrico Ricci

L'esperienza
di un programma
di audit clinico
in gastroenterologia-
endoscopia digestiva
nella provincia di
Reggio Emilia

*R. Sassatelli, D. Formisano,
F. Nicolini, L. Sircana, M. Pinotti,
A. Gigliobianco, N. Cartabellotta, G. Bedogni,
e il Gruppo Audit Gastroenterologia ed Endoscopia
Digestiva di Reggio Emilia*



in Endoscopia Digestiva



© 2005 AREA QUALITÀ® S.r.l.
Editore certificato ISO 9001:2000
Via Comelico, 3 - 20135 MILANO
E-mail: info@areaqualita.com
Tutti i diritti riservati

Questo fascicolo è stato stampato dalla tipografia
Vigrafica di Monza nel mese di agosto 2005
Impaginazione: Area Qualità



RECORDATI



in questo *fascicolo*
di **GOVERNO CLINICO**

3

Scopo dello studio	7
Metodi.....	7
Analisi statistica.....	9
Risultati	10
Discussione e conclusioni	11
Bibliografia	12

Gruppo Audit Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva di Reggio Emilia

OSPEDALE	UNITÀ OPERATIVA	PARTECIPANTE
Scandiano	Chirurgia	Dott. Fabio Fabbian
		Dott. Roberto Sacchero
		I.P. Fabrocini Settimia
Montecchio	Chirurgia	Dott. Stefano Bronzoni
		Dott. Luigi Pastore
		I.P. Guatteri Stefania
Castelnuovo Monti	Chirurgia	Dott. Giancarlo Leoni
		Dott. Francesco Azzolini
		Dott. Tarcisio Berri
		I.P. Fioroni Cecilia
Guastalla/Correggio	Chirurgia	Dott. Eugenio Cudazzo
		Dott. Lorenzo Mariani
		I.P. Benevelli Cristina
		I.P. Malavasi Morena
	Direzione Sanitaria	Dott. Andrea Gigliobianco
ASMN	Endoscopia Digestiva	Dott. Giuliano Bedogni
		Dott.ssa Maria Grazia Mortilla
		Dott. Giorgio Bertoni
		Dott.ssa Rita Conigliaro
		Dott. Lorenzo Camellini
		Coord. Inf. Elena Fontana
		I.P. Fabrizia Formentini
		I.P. Rossana Monticelli
	Direzione Medica di Presidio	Dott. Mirco Pinotti
Servizio Sviluppo Organizzativo	Dott.ssa Debora Formisano	

L'esperienza di un programma di audit clinico in gastroenterologia-endoscopia digestiva nella provincia di Reggio Emilia

Romano Sassatelli^{*} Debora Formisano^{*} Fausto Nicolini^{*}
Luca Sircana^{*} Mirco Pinotti^{*} Andrea Gigliobianco^{*}
Nino Cartabellotta^{*} Giuliano Bedogni^{*}

e il Gruppo Audit Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva di Reggio Emilia

- Servizio Sviluppo Organizzativo Arcispedale S. Maria Nuova di Reggio Emilia
- Servizio di Endoscopia Digestiva Arcispedale S. Maria Nuova di Reggio Emilia
- Direzione Sanitaria Az. USL di Reggio Emilia
- Direzione Sanitaria Arcispedale S. Maria Nuova di Reggio Emilia
- GIMBE (Gruppo Italiano Medicina basata sulle Evidenze)

SCOPO DELLO STUDIO

Le patologie gastroenterologiche rappresentano oggi una priorità per il sistema sanitario, sia per l'elevata incidenza che per la spesa che esse determinano.

Particolare interesse ha assunto, in questi ultimi anni, l'esecuzione della colonscopia.

In considerazione della disomogeneità dell'offerta delle prestazioni, del rapido sviluppo di nuove tecnologie e dell'avvio dello screening del tumore colon-rettale nella Regione Emilia Romagna, nel 2003 si è costituito nella Provincia di Reggio Emilia un gruppo multiprofessionale formato da medici, infermieri e uno statistico.

Il gruppo di lavoro, attraverso un percorso di Audit, ha avuto il compito di valutare in modo integrato gli aspetti sopraccitati e di uniformare l'offerta delle prestazioni per offrire la migliore completezza/appropriatezza di setting/sicurezza della colonscopia.

METODI

L'audit clinico è l'essenza del Governo Clinico in una azienda sanitaria perché misura l'impatto dei percorsi individuati e definiti sulla pratica clinica, sugli outcomes, sui comportamenti dei professionisti, sugli esiti clinici rilevanti per i pazienti. Consiste inoltre nella valutazione sistematica della qualità clinico/assistenziale rispetto a criteri esplicitamente definiti (standard).

Il ciclo dell'audit è costituito dalle seguenti fasi: la scelta dell'obiettivo (o più di uno) e degli indicatori e standard di riferimento; la valutazione, rispetto a questi indicatori di struttura, processo ed esito, della performance dei propri servizi; l'individuazione delle aree di miglioramento e degli ostacoli che non permettono il raggiungimento degli standard; l'attuazione di interventi di miglioramento e la verifica del raggiungimento degli standard e degli obiettivi prefissati.

- Fissato questo percorso metodologico si è costruito, in un contesto di Governo Clinico, un sistema di misurazione, valutazione e miglioramento della “prestazione colonscopia” attraverso la formazione di una Rete Provinciale di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva.

Le strutture che hanno fatto parte di questa “Rete” sono 6 centri endoscopici provinciali: 1 presente nell’Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia e 5 nel Presidio Ospedaliero dell’Azienda USL di Reggio Emilia.

- La scelta degli indicatori è stata preceduta da una attenta revisione della letteratura sulle principali banche dati mediche e di società scientifiche in gastroenterologia ed endoscopia digestiva.

- Il processo di erogazione della colonscopia è stato suddiviso in tre momenti principali: preparazione del paziente, esecuzione dell’esame, dimissione e follow-up. Per ogni fase sono stati identificati i fattori di qualità (efficacia, accuratezza, completezza diagnostica e terapeutica, sicurezza, partecipazione degli utenti), gli standard di riferimento e gli indicatori oggetto di un monitoraggio continuo. Alcuni standard sono stati presi dalla letteratura, altri invece sono stati definiti attraverso il consenso e l’esperienza del gruppo.

- Si tratta soprattutto di indicatori di esito e di processo, poiché i primi misurano il risultato finale della prestazione erogata (mortalità, morbidità, soddisfazione del paziente) mentre gli ultimi descrivono il processo assistenziale (diagnosi, trattamento, prescrizione di farmaci, ecc.).

- Nel 2003 è stata fatta inoltre una “fotografia” dei centri attraverso la compilazione di un questionario che conteneva informazioni sull’organizzazione (personale e struttura), sul volume dell’attività e sul grado di formazione del personale. I risultati sono stati presentati e discussi dal gruppo che li ha tradotti in ulteriori obiettivi specifici dell’audit clinico.

- Prima di procedere con l’effettiva misurazione degli indicatori è stata fatta anche un’analisi di fattibilità, di validità e di accettabilità di essi attraverso un’analisi dei sistemi informativi (cartacei o informatici) presenti nei centri e delle informazioni in essi contenute.

Sono state pianificate due fasi di audit: una retrospettiva, effettuata su un campione di referti dell’anno 2003, e una prospettica (dopo l’introduzione dei criteri di appropriatezza della colonscopia) su un altrettanto campione di referti degli anni 2004 e 2005. Successivamente, questi due momenti di monitoraggio permetteranno di metter a confronto i risultati e verificare i cambiamenti ottenuti in modo significativo.

La popolazione di riferimento è stata identificata nei pazienti ambulatoriali che hanno effettuato una colonscopia nei periodi considerati.

Necessario è stato il ricorso ad un campione casuale semplice dei referti poiché su tutta la provincia, nell’anno 2003, sono state eseguite 5108 colonscopie solo per pazienti ambulatoriali. Accettando un errore pari al 5% la numerosità campionaria è stata pari a 935 referti. Al fine di eliminare il più possibile i bias di selezione dei referti nei vari centri di endoscopia, sono state estratte casualmente una serie di settimane che coprissero la numerosità campionaria richiesta per ogni centro.

Per la valutazione prospettica (successiva all’introduzione dei criteri di appropriatezza della colonscopia) il periodo che viene considerato è il semestre ottobre 2004 – marzo 2005, prendendo una numerosità campionaria che permette di fare dei confronti attendibili e validi. In parallelo alla fase retrospettiva è stata pianificata e realizzata anche la rilevazione dell’indagine di customer satisfaction per valutare la percezione degli utenti rispetto agli aspetti di comfort e di comunicazione/relazione con il personale sanitario.

ANALISI STATISTICA

Per l'audit è stata costruita la scheda raccolta dati contenente tutte le informazioni necessarie a misurare gli indicatori prefissati. Tale scheda si avvaleva del supporto informatico di Data Entry – SPSS che ha permesso un inserimento dei dati via web in tutti i punti della provincia, trasmettendo i dati su un file pronto per l'elaborazione con SPSS 12.0.

Le variabili presenti nella scheda sono tutte di

tipo nominale e ordinale quindi i risultati sono espressi in termini assoluti e percentuali con il supporto di grafici. Per i confronti temporali verranno applicati test statistici per valutare la significatività dei cambiamenti.

Per la customer satisfaction è stato utilizzato un questionario comune che ha permesso di fare confronti tra i vari centri. Le modalità di risposta sono per lo più ordinali, espresse nel modo seguente: buono, soddisfacente, insoddisfacente, pessima.

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA - ROMAGNA
Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia
Arcispedale S. Maria Nuova

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA - ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia

AUDIT SULLA COMPLETEZZA/SICUREZZA/APPROPRIATEZZA DI SETTING DELLA COLONSCOPIA

SERVIZI DI ENDOSCOPIA DIGESTIVA DELLA PROVINCIA DI REGGIO EMILIA

DATI GENERALI

1. N progressivo tabella _____

3. Struttura di esecuzione della colonscopia _____

4. Sesso del paziente M F

2. Data dell'esame _____

5. Età del paziente _____

DATI SULL'ESECUZIONE DELLA COLONSCOPIA

6. È stato raggiunto il cieco?
 SI NO

7. Se No, indicare la/le cause della non completezza (scelta multipla)
 Stenosi invalicabili Scarsa toilette
 Intolleranza all'esame Altra causa

8. Sono stati richiesti esami pre-endoscopia?
 SI NO

9. È stata rilevata presenza di polipi?
 SI NO

10. Se SI, indicare la dimensione del polipo maggiore:
 < 1 cm 1-2 cm > 2 cm

11. I polipi sono stati asportati ambulatorialmente?
 SI NO

DATI SULLA SEDAZIONE E LE COMPLICANZE

12. Supporto farmacologico

Nessuno

Antispastici

Benzodiazepine

Antispastici + benzodiazepine

Meperidina

Meperidina + benzodiazepine

Altro

13. Presenza di complicanze precoci durante la colonscopia?
 SI NO Dato non disponibile

14. Se sì, indicare quale/i complicanze si sono verificate:

Perforazione Ipotensione Bradiaritmia

Emorragia Ipertensione Tachiaritmia

Agitazione paradossa Ischemia cardiaca Depressione respiratoria con necessità di antagonisti

15. Data di compilazione: _____

Se non è stato utilizzato alcun supporto farmacologico indicare il motivo

Reazioni allergiche

Depressione respiratoria (saturaz. < 85%)

Note finali

9

RISULTATI

Gli indicatori e gli standard definiti dal gruppo sono presenti nella TABELLA (in appendice). Attualmente non tutti gli indicatori sono risultati realisticamente misurabili, allora sono stati scelti solo alcuni di essi per il primo monitoraggio: la completezza grezza e corretta, l'inadeguata preparazione (scarsa toilette), le stenosi invalicabili, l'intolleranza all'esame, l'appropriatezza di setting ambulatoriale, l'incidenza delle complicanze.

Per la fase retrospettiva è stato selezionato un campione casuale di 935 referti di colonscopie effettuate ambulatorialmente. Questa numerosità è stata così suddivisa per i 6 centri endoscopici:

- Endoscopia ASMN = 238
- Endoscopia CM = 133
- Endoscopia CO = 120
- Endoscopia GU = 142
- Endoscopia MO = 159
- Endoscopia SC = 143.

Ogni centro di Endoscopia Digestiva ha fatto la revisione dei propri referti ed ha inserito i dati sulla scheda raccolta dati che conteneva le seguenti informazioni:

- Dati anagrafici del paziente
- Completezza dell'esame e i motivi della non completezza
- Presenza di polipi e di che dimensione
- Sedazione e complicanze.

Quasi tutti i centri hanno raggiunto un livello di completezza dell'esame superiore al 90% (con un range di 89% - 100%) misurata attraverso l'indicatore di completezza corretta. Per quanto riguarda i motivi della non completezza dell'esame i risultati sono riassunti nella TABELLA seguente.

TAB. 1: INDICATORI DI NON COMPLETEZZA DELL'ESAME

MOTIVO	% SUL TOTALE DELLE COLONSCOPIE	RANGE	RAGGIUNTO LO STANDARD
Scarsa toilette (<=5%)	5,6%	1,3% - 15%	NO
Stenosi invalicabili (<= 3%)	2,4%	0,6% - 7%	SI
Intolleranza all'esame (<= 3%)	1,8%	0,8% - 4,2%	SI
Altra causa	3%	1% - 7%	

Come emerge dai dati le Endoscopie partono già da buoni livelli di completezza (valori % molto vicini allo standard o addirittura inferiori che indica una buona performance) ma per fare una valutazione complessiva del percorso di miglioramento dobbiamo attendere anche i risultati della valutazione prospettica.

A livello provinciale il 41% (pari a 381) delle colonscopie presentava polipi. Il 98% dei polipi di dimensione < 1 cm sono stati asportati ambulatorialmente, il 90% di quelli di dimensione tra 1-2 cm. e solo il 16% di quelli con dimensione maggiore sono stati asportati in ambulatorio.

Complessivamente l'85% dei polipi è stato asportato ambulatorialmente; il 97% aveva dimensione inferiore o uguale a 2 cm. Questo dato conferma una buona appropriatezza di setting ambulatoriale iniziale.

In totale si sono verificate, nel campione di pazienti del 2003, 9 complicanze precoci (pari all'1% del totale delle colonscopie): ipotensione, bradiaritmia, emorragia, agitazione paradossa, depressione respiratoria con antagonisti.

Per la sedazione sono stati messi a confronto vari schemi di supporto farmacologico. Il 50% dei centri di endoscopia ha effettuato prevalentemente (più dell'80% dei pazienti) la sedazione con Meperidina + Benzodiazepine. I restanti centri hanno utilizzato o solo la Meperidina o solo le Benzodiazepine.

Nei mesi di novembre dicembre 2004 è stata avviata anche, attraverso un questionario, la soddisfazione dei pazienti afferenti ai centri di endoscopia della provincia. Le aree di valutazione riguardavano la prestazione in generale, l'accoglienza, la sedazione, la disponibilità del personale all'ascolto e all'informazione, gli ambienti.

Complessivamente sono stati raccolti 399 questionari compilati con una percentuale di adesione pari al 41% rispetto al numero di accessi esterni in quel periodo.

L'86% degli utenti esprimono una valutazione più che buona della qualità del servizio. Per gli aspetti più specifici i risultati sono i seguenti:

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Dall'analisi dei dati della fase retrospettiva e dei dati della customer satisfaction sono emersi alcuni punti di miglioramento, nonostante non ci siano delle differenze così importanti tra i vari centri di endoscopia della provincia.

Lo scopo del progetto di audit è di misurare e di valutare i cambiamenti insorti nel tempo, guardando al miglioramento continuo della pratica clinica. La "Rete" ha come obiettivo principale quello di fare le cose bene e di farle in modo uniforme. A questo punto occorre aspettare i risultati della seconda fase dell'audit, che completa almeno un ciclo di audit, per poter dire in modo oggettivo quale è stato l'impatto di questo percorso sulla pratica clinica.

Parallelamente all'inizio dell'audit clinico è in corso anche un processo di adeguamento e messa in rete del software di refertazione con l'aggiunta di una scheda di indicatori. Questo permetterà di uniformare le modalità di refertazione (inserendo tutte le informazioni necessarie anche alla verifica degli indicatori) e di estrapolare in tempo reale tutti i dati utili alla valutazione dell'appropriatezza della colonscopia rispetto agli standard prefissati.

Sigle delle strutture endoscopiche della provincia di Reggio Emilia:

ASMN = Arcispedale S. Maria Nuova di Reggio Emilia

CM = Castelnuovo Monti

CO = Correggio

GU = Guastalla

MO = Montecchio

SC = Scandiano

- La chiarezza delle informazioni relative alla preparazione all'esame: l'82,5% dà una valutazione buona
- La chiarezza delle informazioni relative alla sedazione: il 74% dà una valutazione buona. Qui la percentuale è più bassa poiché sono stati coinvolti nell'indagine non solo utenti che dovevano fare la colonscopia ma anche chi faceva una gastroscopia, dove la sedazione di norma non viene eseguita, quindi il dato risulta "inquinato"
- Più dell'85% dei pazienti dichiara di non aver un ricordo negativo dell'esame e la stessa percentuale dice che non ha sentito dolore durante l'esame
- La gentilezza e la disponibilità dei medici ed infermieri anch'essa è valutata in modo più che positivo, con lievi differenze tra i vari centri e tra la componente medica ed infermieristica: la % di giudizi "buono" è più elevata per gli aspetti correlati agli infermieri rispetto a quelli dei medici.

Tutti questi dati sono stati presentati e condivisi con il gruppo provinciale e con le Direzioni Sanitarie in una riunione plenaria.

BIBLIOGRAFIA

1. Ball JE, Osbourne J, Jowett S, Pellen M, Welfare MR. Quality improvement programme to achieve acceptable colonoscopy completion rates: prospective before and after study. *BMJ*. 2004 Sep 18;329(7467):665-7.
2. Charlton JE. Monitoring and supplemental oxygen during endoscopy. *Br Med J* 1995;310:886-87.
3. Conigliaro R, Peduto V.A. La sedazione in endoscopia digestiva:dalla teoria alla pratica. *AQ* 2003.
4. Darius Sorbi, Cathy D. Schleck, Alan R. Zinsmeister, Christopher J. Gostout. Clinical application of a new colonoscope with variable insertion tube rigidity: A pilot study. *Gastrointestinal Endoscopy (GIE)* May 2001;53:638-642.
5. Degeling PJ, Maxwell S, Iedema R, Hunter DJ. Making clinical governance work. *BMJ* 2004 Sep 18;329(7467):679-81.
6. Denis B, Weiss AM, Peter A, Bottlaender J, Chiappa P. Quality assurance and gastrointestinal endoscopy: an audit of 500 colonoscopic procedures. *Gastroenterol Clin Biol*. 2004 Dec;28(12):1245-55.
7. Douglas B. Nelson, Kenneth R. McQuaid, John H. Bond, David A. Lieberman, David G. Weiss, Tiina K., Johnston. Procedural success and complications of large-scale screening colonoscopy. *Gastrointestinal Endoscopy (GIE)* March 2002;55:307-314.
8. Fasih T, Varma JS, Tabaqchali MA. Prospective audit of quality of colonoscopy in a surgical coloproctology unit. *Surgeon*. 2004 Apr;2(2):107-11. Erratum in: *Surgeon*. 2004 Jun;2(3):170.
9. Fasoli R, Repaci G, Comin U, Minoli G; Italian Association of Hospital Gastroenterologists. A multi-centre North Italian prospective survey on some quality parameters in lower gastrointestinal endoscopy. *Dig Liver Dis*. 2002 Dec;34(12):835-41.
10. Freeman ML. Sedation and monitoring for gastrointestinal endoscopy. *Gastrointest Endosc Clinics of Nord America* 1994;3:475-499.
11. Goodman NW. Implementing clinical governance. Intellectual discussion would have been useful. *BMJ* 2001 Sep 29;323(7315):753.
12. Gorard DA, McIntyre AS. Completion rate to caecum as a quality measure of colonoscopy in a district general hospital. *Colorectal Dis*. 2004 Jul;6(4):243-9.
13. Halligan A, Donaldson L. Implementing clinical governance: turning vision into reality. *BMJ* 2001 Jun 9;322(7299):1413-7. Sep 22;323(7314):684.
14. Harewood GC, Sharma VK, de Garmo P. Impact of colonoscopy preparation quality on detection of suspected colonic neoplasia. *Gastrointest Endosc*. 2003 Jul;58(1):76-9.
15. Harewood GC, Wright CA, Baron TH. Assessment of patients' perceptions of bowel preparation quality at colonoscopy. *Am J Gastroenterol*. 2004 May;99(5):839-43.
16. Keeffe EB, O' Connor KW, 1989 ASGE Survey of endoscopic sedation and nmonitoring practices. *Gastrointest Endosco* 1990;36:S 13-9.
17. Linee Guida per la sedazione in Endoscopia digestiva. *Giorn Ital End Dig* 2000;23, 2 (Suppl):29-39.
18. Minoli G, Meucci G, Prada A, Terruzzi V, Bortoli A, Gullotta R, Rocca F, Lesinigo E, Curzio M. Quality assurance and colonoscopy. *Endoscopy*. 1999 Sep;31(7):522-7.
19. Multi-society guideline for reprocessing flexible gastrointestinal endoscopes. *Gastrointestinal Endoscopy (GIE)*. July 2003;58:1-8.
20. O'Kelly SW, Maxwell R. Implementing clinical governance. Medical training should include project management. *BMJ* 2001 Sep 29;323(7315):753.
21. Radaelli MD et al. Single bolus midazolam versus bolus midazolam plus meperidine for colonoscopy: a prospective, randomized, double blind trial. *Gastrointest Endosco* 2003;57:329.55.
22. Rex DK, Bond JH, Winawer S, Levin TR, Burt RW, Johnson DA, Kirk LM, Litlin S, Lieberman DA, Wayne JD, Church J, Marshall JB, Riddell RH; U.S. Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. Quality in the technical performance of colonoscopy and the continuous quality improvement process for colonoscopy: recommendations of the U.S. Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. *Am J Gastroenterol*. 2002 Jun;97(6):1296-308.
23. Rex DK. Colonoscopy turning the focus on quality. *Dig Liver Dis*. 2002 Dec;34(12):831-2.
24. Robertson DJ, Lawrence LB, Shaheen NJ, Baron JA, Paskett E, Petrelli NJ, Sandler RS. Quality of colonoscopy reporting: a process of care study. *Am J Gastroenterol*. 2002 Oct;97(10):2651-6.
25. Rostom A, Jolicoeur E. Validation of a new scale for the assessment of bowel preparation quality. *Gastrointest Endosc*. 2004 Apr;59(4):482-6. Erratum in: *Gastrointest Endosc*. 2004 Aug;60(2):326.
26. Schmidt PN, Hansen JM, Bytzer P, Gyrtrup HJ, Matzen P. The quality of colonoscopy in Denmark. Results from a European quality study] *Ugeskr Laeger*. 2005 Apr 18;167(16):1753-7. Danish.
27. Sullivan R. United Kingdom research governance strategy: reforming clinical research and development in England. *BMJ*. 2004 Jan 3;328(7430):49-50.
28. Varvolgyi C, Balogh Z, Bodnar Z, Eke E, Baffy G. Small-unit colonoscopy and quality assurance. *Endoscopy*. 2000 Jun;32(6):504.
29. Won Ho Kim, Young Jun Cho, Jeong Youp Park, Pil Ki Min, Jin Kyung Kang, In Suh Park. Factors affecting insertion time and patient discomfort during colonoscopy *Gastrointestinal Endoscopy (GIE)* November 2000;52:600-605.

APPENDICE: INDICATORI E STANDARD PER LA VALUTAZIONE DELLA COMPLETEZZA/SICUREZZA/APPROPRIATEZZA DI SETTING DELLA COLONSCOPIA

INDICATORE (STANDARD)	FORMULA
1 Completezza grezza (>=80%)	$\frac{N=n. \text{ esami endoscopici completi fino al cieco}}{D=\text{Totale esami endoscopici eseguiti}}$
2 Completezza corretta (>=90%)	$\frac{N=n. \text{ esami endoscopici completi fino al cieco}}{D=\text{Totale esami endoscopici eseguiti} - \text{esami endoscopici interrotti per inadeguata preparazione e/o presenza di stenosi invalicabile}}$
3 Inadeguata preparazione (<=5%)	$\frac{N=n. \text{ esami endoscopici interrotti per inadeguata preparazione}}{D=\text{Totale esami endoscopici eseguiti}}$
4 Stenosi invalicabili (<=3%)	$\frac{N=n. \text{ endoscopici interrotti per stenosi invalicabile}}{D=\text{Totale esami endoscopici eseguiti}}$
5 Intolleranza all'esame (<=3%)	$\frac{N=n. \text{ esami endoscopici interrotti per intolleranza all'esame}}{D=\text{Totale esami endoscopici eseguiti}}$
6 Appropriata di setting ambulatoriale	$\frac{N=n. \text{ di polipectomie eseguite in ambulatorio in pazienti con polipi } \leq 2 \text{ cm}}{D=\text{Totale polipectomie eseguite in regime ambulatoriale}}$
7 NEW CRC (a 3 e a 5 anni)	$\frac{N=n. \text{ pazienti con nuova diagnosi di CRC}}{D=\text{Totale pazienti che hanno già eseguito una colonscopia nei 3-5 anni precedenti, esclusi i pazienti con sindromi familiari (FAP, HNPCC)}}$
8 Efficacia della preparazione	$\frac{N=n. \text{ di esami rimandati e/o incompleti per toilette intestinale scadente}}{D=\text{Totale esami endoscopici eseguiti}}$
9 Efficacia della preparazione bis	$\frac{N=n. \text{ di esami eseguiti/interrotti}}{D=N^{\circ} \text{ di pazienti che hanno effettuato una preparazione incompleta}}$
10 Tollerabilità	$\frac{N=n. \text{ di pazienti che interrompono la preparazione per effetti indesiderati}}{D=N^{\circ} \text{ di pazienti ai quali è stata prescritta la preparazione}}$
11 Sedazione (>=85%)	$\frac{N=N=n. \text{ pazienti che accettano la sedazione}}{D=\text{Totale esami endoscopici eseguiti}}$
12 Incidenza complicanze	$\frac{N=N=n. \text{ complicanze insorte (per tipologia) in ogni fase del processo (sedazione, operativa, diagnostica)}}{D=\text{Totale colonscopie eseguite}}$

Per alcuni standard non c'è evidenza in letteratura; il loro valore verrà determinato per consenso dopo le prime misurazioni



Indice *annata 2005*

fascicoli **GOVERNO CLINICO**

GOVERNO CLINICO 1

Qualità della vita e qualità delle cure nelle IBD

Paolo Bodini, Patrizia Politi, Marina Beltrami, Giovanni Fornaciari, Maria Grazia Mortilla, Ingrid Van der Eijk e EC-IBD Study Group

GOVERNO CLINICO 2

Raggruppamenti di attesa omogenei in Gastroenterologia

Alberto Meggio, Giuliano Mariotti, Gianni Miori, Romano Manfrini, Enrico Tasini e Giovanni de Pretis

GOVERNO CLINICO 3

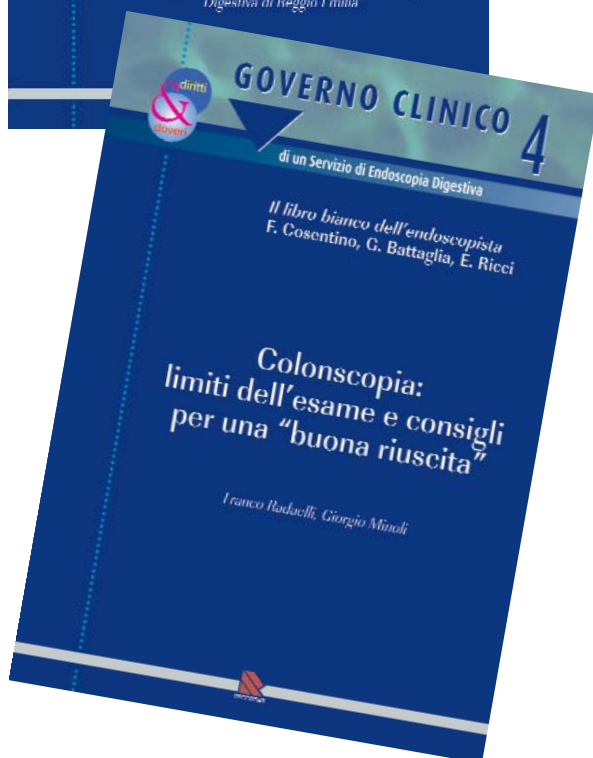
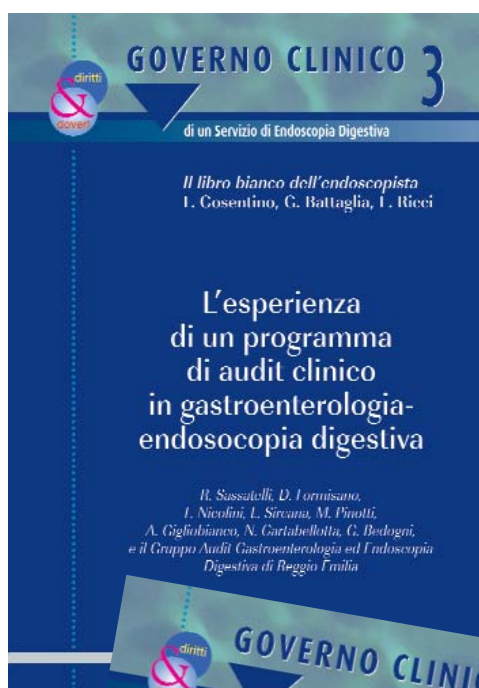
L'esperienza di un programma di audit clinico in gastroenterologia-endoscopia digestiva nella provincia di Reggio Emilia

Romano Sassatelli, Debora Formisano, Fausto Nicolini, Luca Sircana, Mirco Pinotti, Andrea Gigliobianco, Nino Cartabellotta, Giuliano Bedogni e il Gruppo Audit Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva di Reggio Emilia

GOVERNO CLINICO 4

Colonscopia: limiti dell'esame e consigli per una "buona riuscita"

Franco Radaelli, Giorgio Minoli





Indice *annata 2005*

fascicoli **GESTIONE** e **PROGETTAZIONE**

GESTIONE 17

Il pallone intragastrico per pazienti obesi

Rita Conigliaro, Claudia Guatti Zuliani, Lorenzo Camellini

PROGETTAZIONE 2

RISTAMPA La piastra di endoscopia: requisiti tecnologici e funzionali

Giorgio Battaglia e Stefano Piovesan

GESTIONE 18

Ingestione di corpi estranei in età pediatrica. Management e rimozione endoscopica

Alfredo Rossi e Marta Bini

PROGETTAZIONE 3

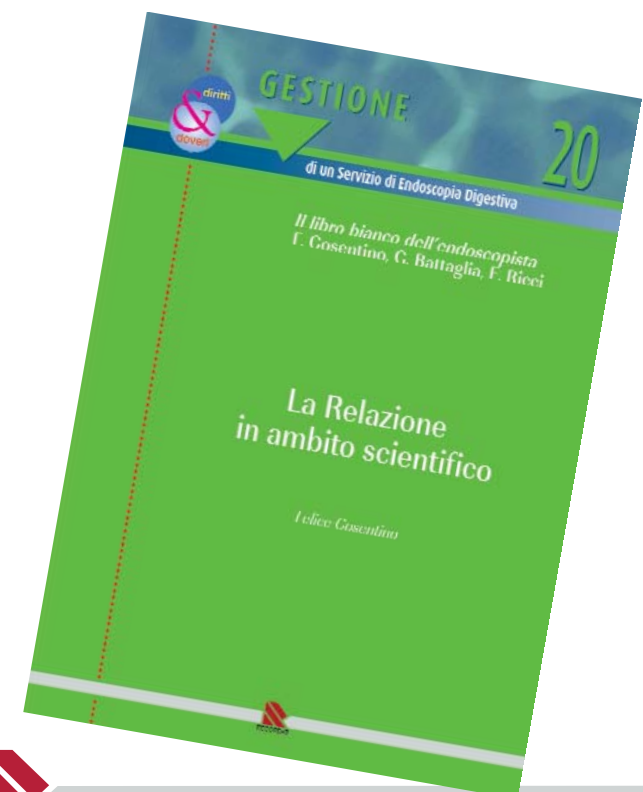
L'informatizzazione di un servizio di Endoscopia Digestiva

Giuseppe Galloro, Luca Magno, Giorgio Diamantis

GESTIONE 19

Monouso e pluriuso in endoscopia digestiva

Angelo Rossi, Gianluca Bersani, Vittorio Alvisi



GESTIONE 20

La relazione in ambito scientifico

Felice Cosentino



CODICE ARTICOLO 35050048

LA REALIZZAZIONE DI QUESTO PROGETTO EDUCAZIONALE È RESA POSSIBILE GRAZIE AL CONTRIBUTO DI

