

# Il monitoraggio delle performance degli endoscopisti

Con il  
Patrocinio di:



# GISCoR

gruppo italiano screening colorettaie

## XIII CONGRESSO NAZIONALE 2018

25-26 Ottobre 2018

Villa Marigola, Lericci (SP)

**Bastianello Germanà UOC  
Direttore UOC Gastroenterologia ed Endoscopia  
Digestiva, Belluno - ULSS1 Dolomiti**

Johann Gottfried Steffan, Lericci  
1900, acquerello



**CORSO PRE-CONGRESSO**

25 Ottobre 2018



## Performance measures for lower gastrointestinal endoscopy: a European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Quality Improvement Initiative



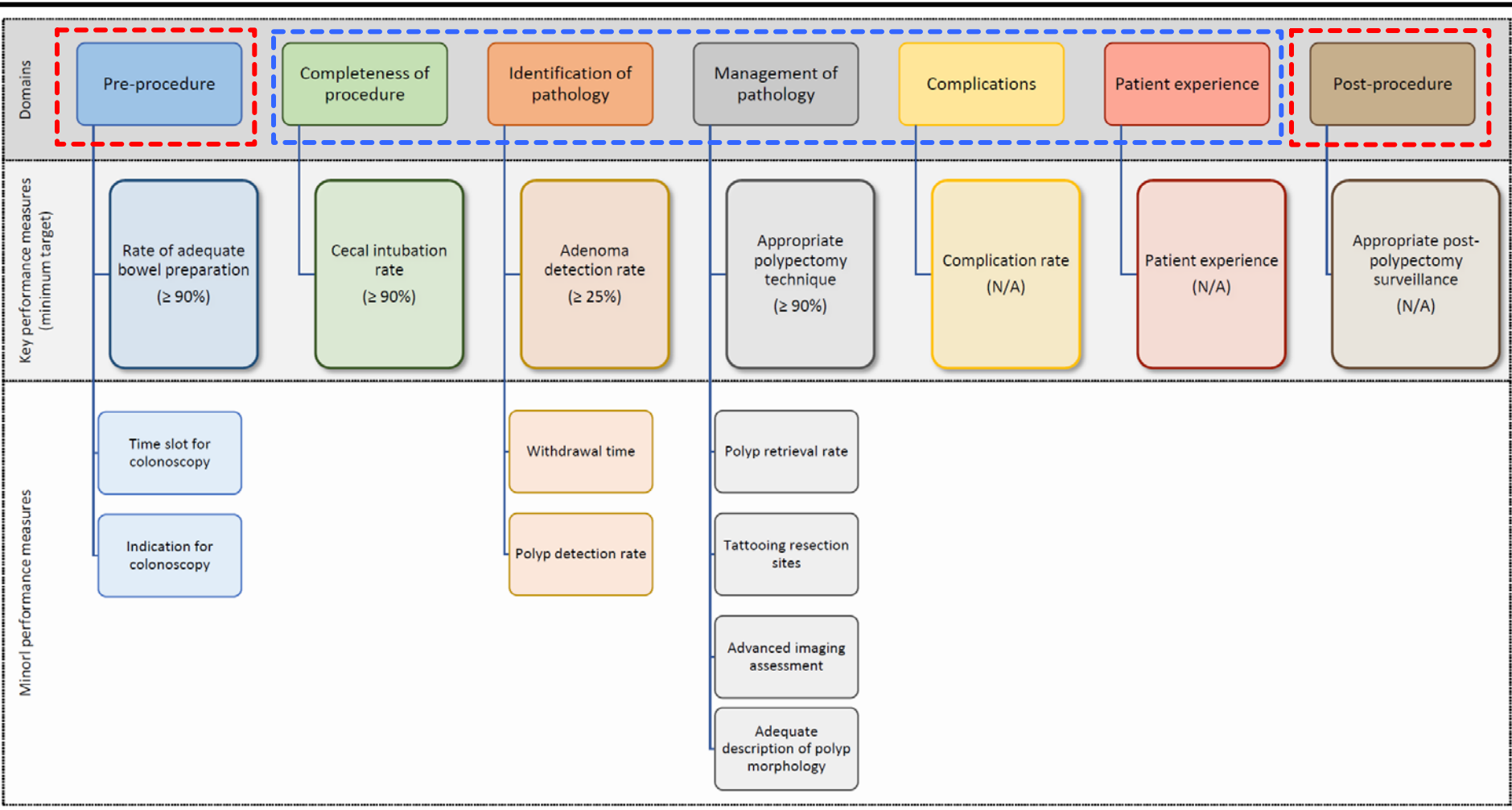
UNITED EUROPEAN  
GASTROENTEROLOGY

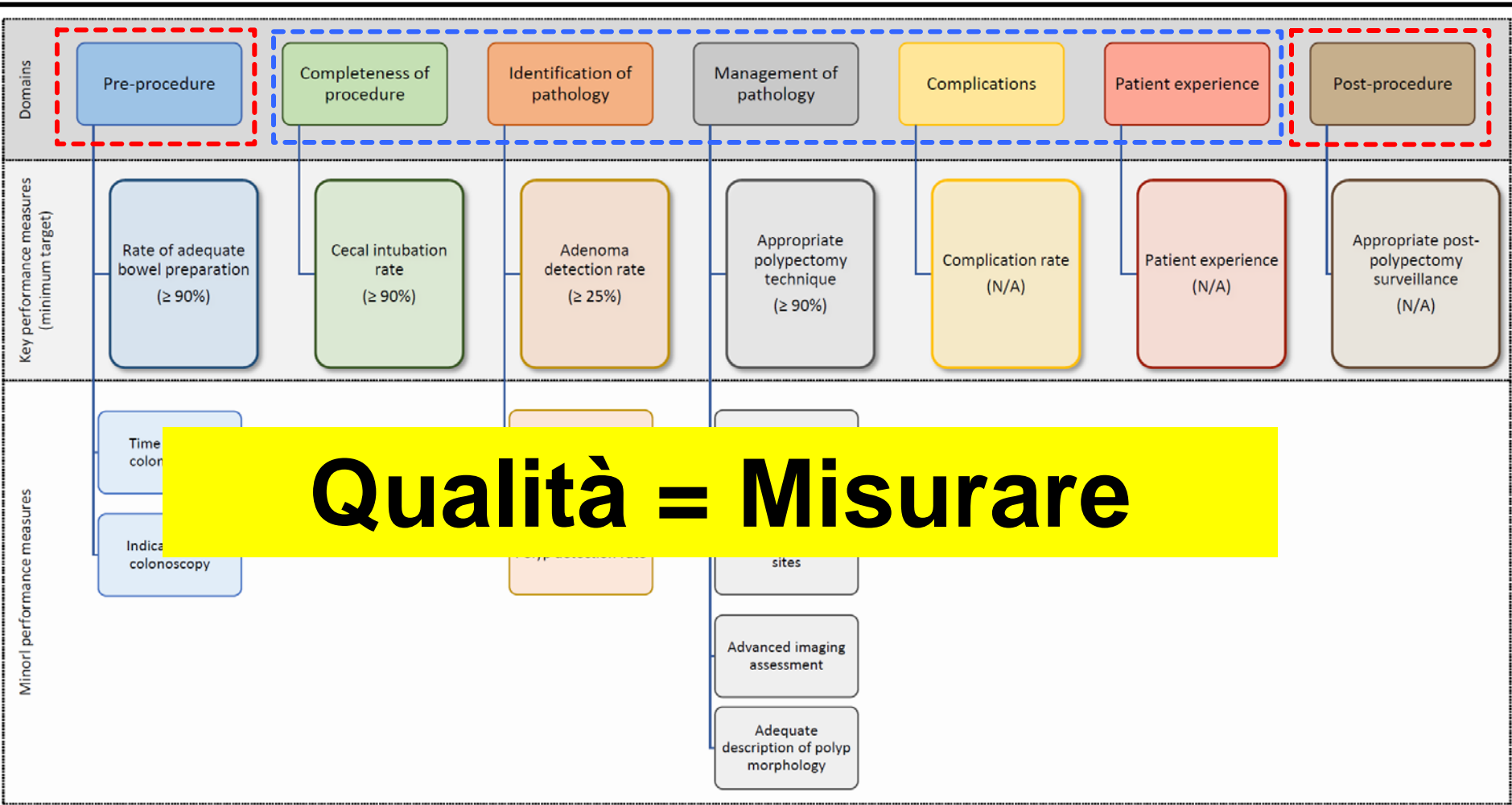
**ueg** journal

### **Scopo:**

Identificazione di standard minimi di performance che possono impattare in modo significativo e favorevole sulla qualità dell'esame

# Colonoscopy key performance domains







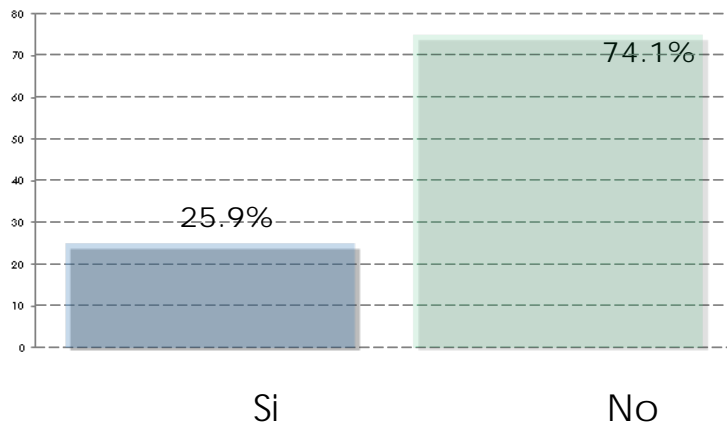
- 1 Chi nella propria Unità Operativa ha un sistema strutturato di registrazione degli indicatori di qualità?
- 2 Chi implementa nel proprio servizio un programma di *Continuous Quality Improvement*?  
(audit periodici- feedback - ev. azioni correttive)



## Pre- and post-procedural quality indicators for colonoscopy: A nationwide survey.

Paggi s et al. Dig Liv Dis 2016: 48(7):759-64

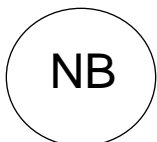
Programma di CQI -*Continuous Quality Improvement*-  
intra-struttura (registrazione indicatori,  
feedback, audit):



N° 282 schede raccolte: dettaglio per regione



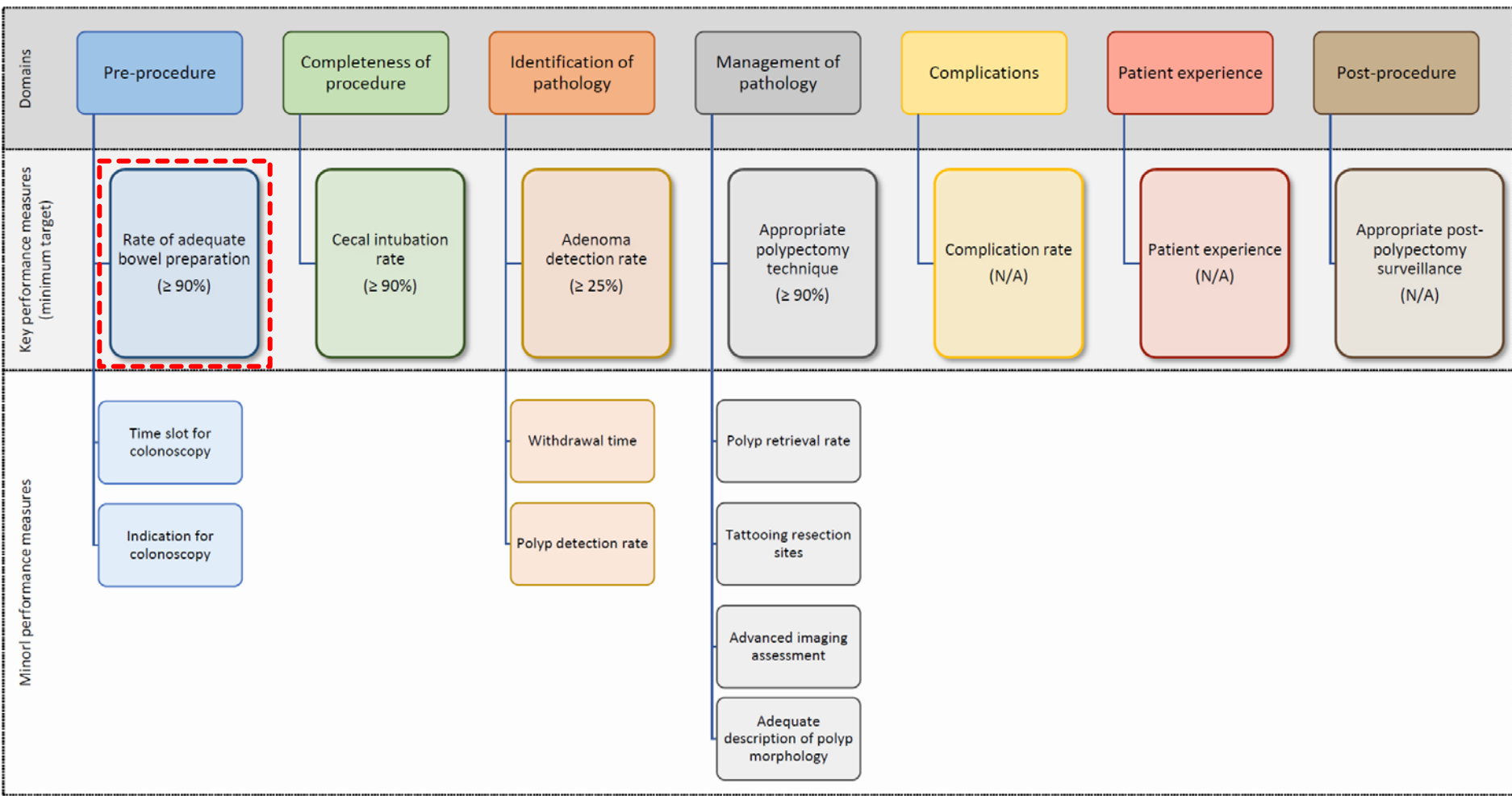
75% partecipanti screening regionale



Survey AIGO-2006: 24%

Radaelli F et al. Am J Gastroenterol 2008;103(5):1122-30

# Colonoscopy key performance domains





- 1 Chi conosce il tasso di preparazioni (in)adeguate nel proprio servizio?
- 2 Vi accontentate in genere di una preparazione non ottimale?





## Quando una preparazione è adeguata?

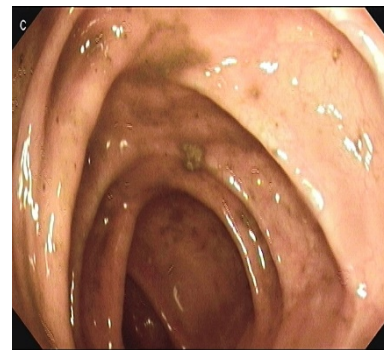
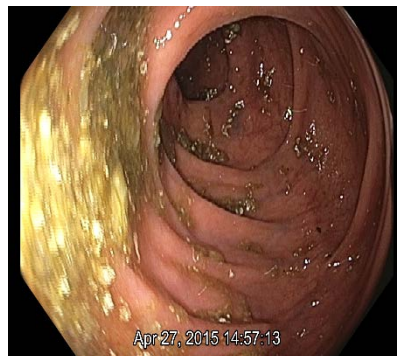
Poor

Fair

Good

Excellent

Feci semisolide  
Visualizzazione >90% superficie



- BBPS  $\geq 2$  in ciascuno dei 3 segmenti colici



## Quantification of Adequate Bowel Preparation for Screening or Surveillance Colonoscopy in Men

Clark B et al. , Gastroenterology 2016

430 Males, VA; screening or surveillance  
Second colonoscopy within 60 days

**Table 2.** Miss Rates and Differences in Miss Rates for Different Levels of Preparation Quality Based on BBPS Segment Scores

Segment score	Raw data Miss rate	Adjusted analyses Miss rate	Comparisons of segment scores	Adjusted analyses Difference in miss rates (95% CI)
Adenoma > 5 mm (primary outcome measure)				
BBPS = 1	16/106 (15.1%)	15.9%	BBPS 2 vs 3	-0.4% (-2.9% to 2.2%)
BBPS = 2	24/462 (5.2%)	5.2%	BBPS 1 vs 3	10.3% (2.7%–17.9%)
BBPS = 3	34/593 (5.7%)	5.6%	BBPS 1 vs 2	10.7% (3.2%–18.1%)

**CONCLUSIONS:** Patients with BBPS scores of 2 or 3 for all colon segments have adequate bowel preparation for detection of adenomas >5 mm and should return for screening or surveillance colonoscopy at standard guideline-recommended intervals. Colon segments with a BBPS score of 1 have a significantly higher rate of missed adenomas >5mm than segments with scores of 2 or 3. This finding supports a recommendation for early repeat colonoscopic evaluation in patients with a BBPS score of 0 or 1 in any colon segment.



## High-quality Bowel Preparation Is Required for Detection of Sessile Serrated Polyps

Clark B et al. , Clin Gastroenterol Hepatol 2017

### SSA/P Detection Rate nel colon dx e qualità preparazione (BBPS)

Boston Bowel Preparation Scale segment score	Detection rate, n (%; 95% CI)	Adjusted OR (95% CI)
3 (n = 262)	25 (9.5; 6.3–13.8)	Reference
2 (n = 380)	18 (4.7; 2.8–7.4)	0.50 (0.26–0.94)
1 (n = 103)	2 (1.9; 0.2–6.8)	0.21 (0.05–0.92)

#### CONCLUSIONS:

Any bowel preparation quality below high quality is associated with a significant decrease in the detection of SSPs. Although intermediate-quality preparation and BBPS segment scores of 2 seem to be adequate for detection of adenomas, these levels of preparation quality may not be adequate for detection of SSPs.



Fino al 20-25% delle colonscopie ha una preparazione inadeguata

### **Recommendations From the US Multi-Society Task Force**

**La pulizia deve essere adeguata in più dell'85% delle CS<sup>18</sup>**



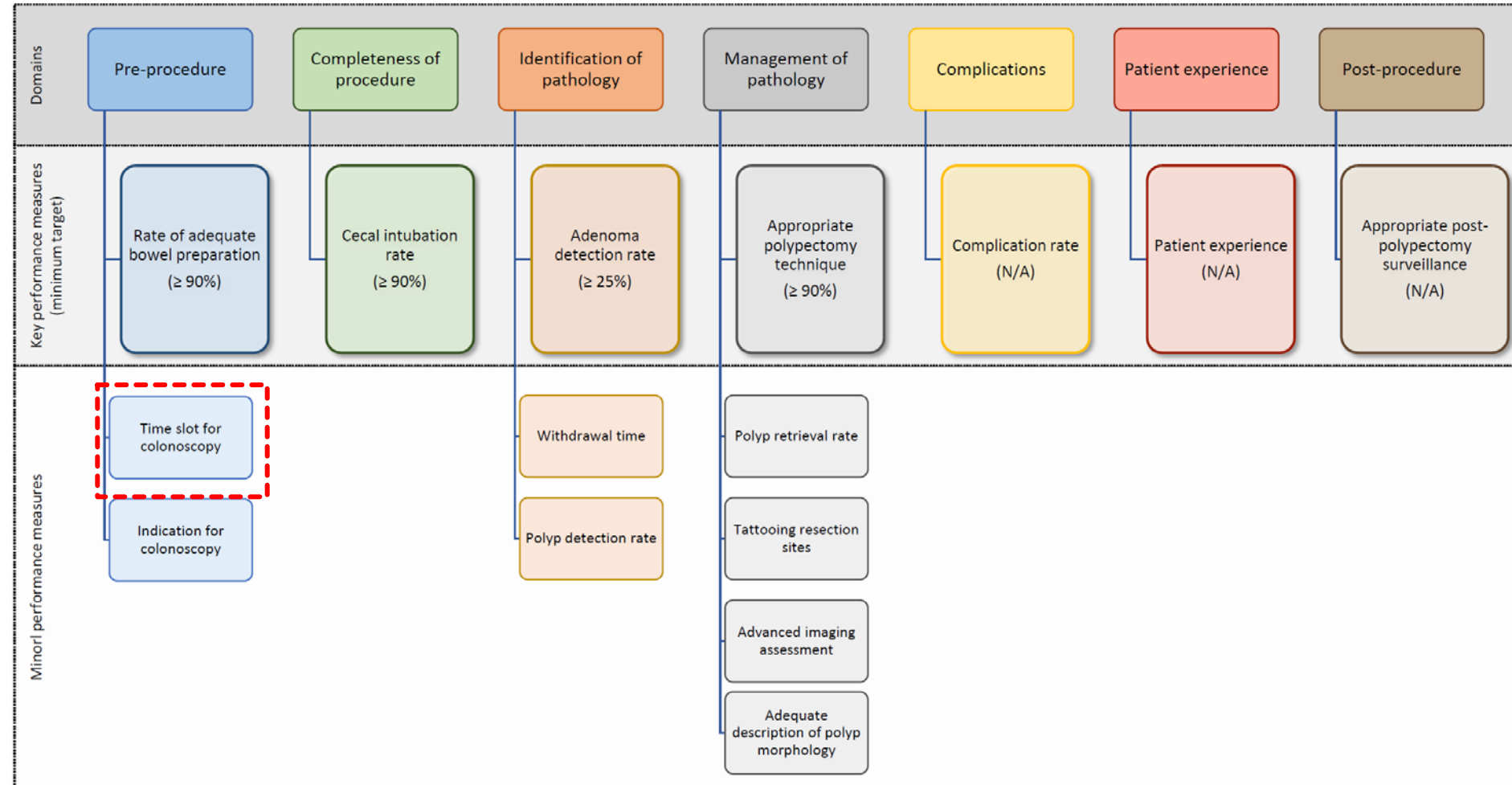
**In caso di risultati subottimali, è necessaria una revisione dell'intero processo**

**per identificare e migliorare le carenze**

**(modalità di preparazione, informazione al paziente, ecc...)**



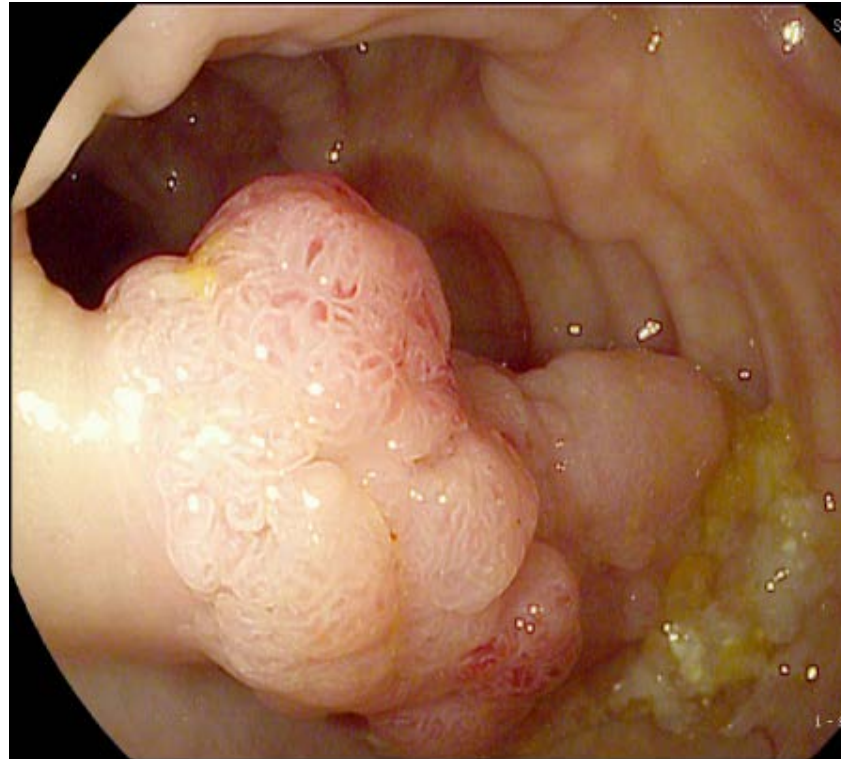
## Colonoscopy key performance domains





- 1 Quale “*time slot*” nel vostro centro per la colonscopia?
- 2 Quale comportamento in questo caso? (terapia consensuale vs. riprogrammazione)

FIT+  
Lesione 30mm  
Colon trasverso prox  
[Endoscopista esperto]





Minor performance measure	Time slot allotted for colonoscopy
Description	Time allotted for each colonoscopy in daily schedule
Domain	Pre-procedure
Category	Structure
Rationale	Colonoscopy needs adequate time allocated for the entire procedure (including discussion with the patient, sedation, insertion, withdrawal, and therapy) Time pressure due to inadequate time slots may impair colonoscopy quality
Construct	<b>Denominator:</b> Number of colonoscopies scheduled in an outpatient colonoscopy list (session) <b>Numerator:</b> Outpatient colonoscopy list (session) working hours <b>Exclusions:</b> Emergency colonoscopy Calculation: Average time length (minutes) Level of analysis: Service level Frequency: Two-yearly check of booking log
Standards	Minimum standard: 30 minutes for clinical and primary screening colonoscopy; 45 minutes for colonoscopy following positive fecal occult blood testing <del>Target standard: no target standard set</del> If the minimum standard is not reached, a systematic approach to schedule modification should be applied
Consensus agreement	100 %

30 min.

45 min. (screening FIT+)



## British Society of Gastroenterology/Association of Coloproctologists of Great Britain and Ireland guidelines for the management of large non-pedunculated colorectal polyps

Rutter M et al. , Gut 2015

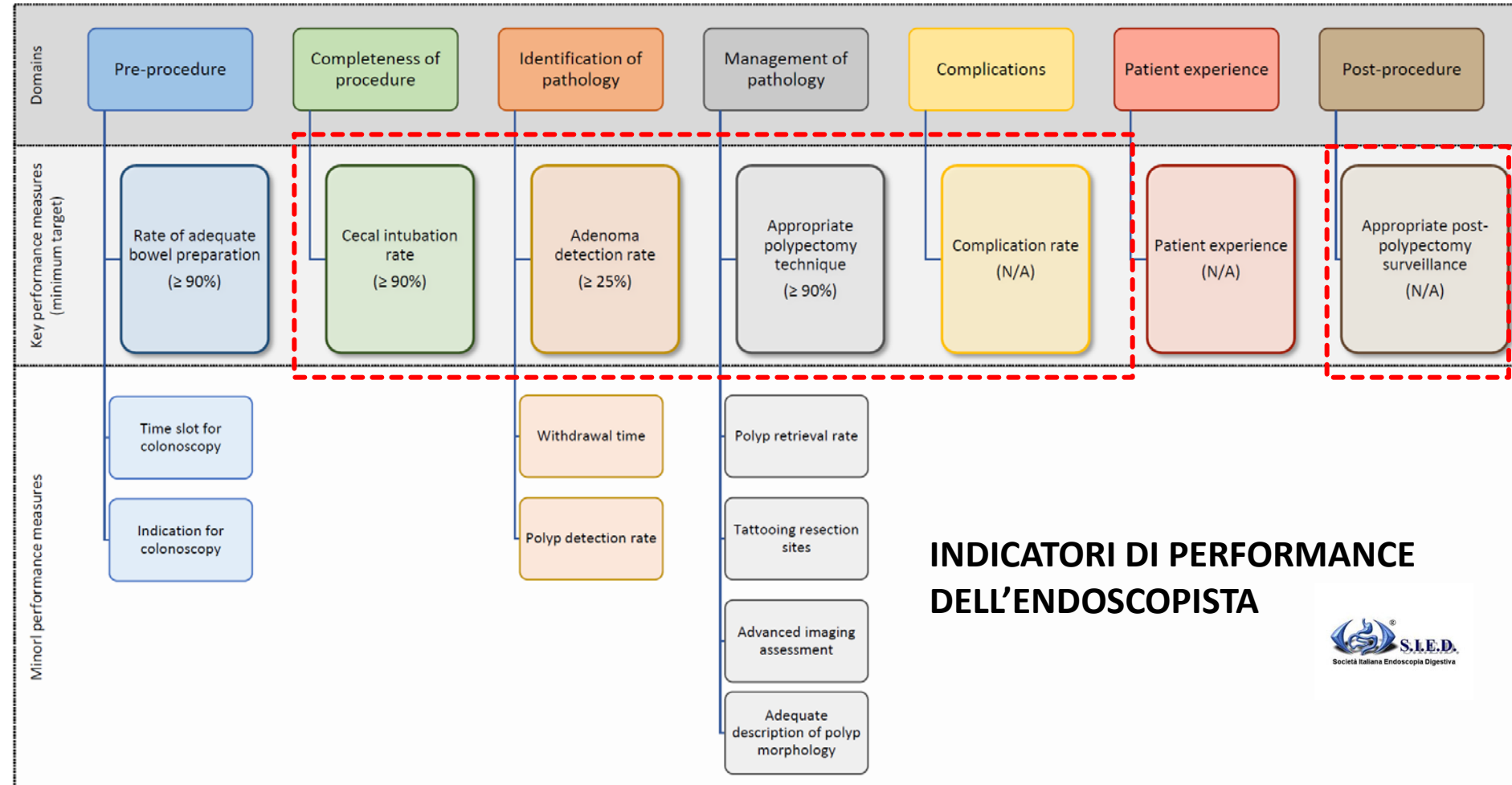
### Management pre-endoscopico di LNPCPs ( $\geq 20\text{mm}$ )

- Photograph or video prior to removal
- Estimate size
- Paris Classification (polyp morphology)
- Describe surface characteristics (using e.g. NICE NBI or Kudo Pit Pattern)
- Targeted biopsies only if suspicion of malignancy, caution advised as biopsy may not be necessary for lesions considered benign with a high degree of confidence
- Do not resect at time of discovery (unless consent, time and expertise allow)



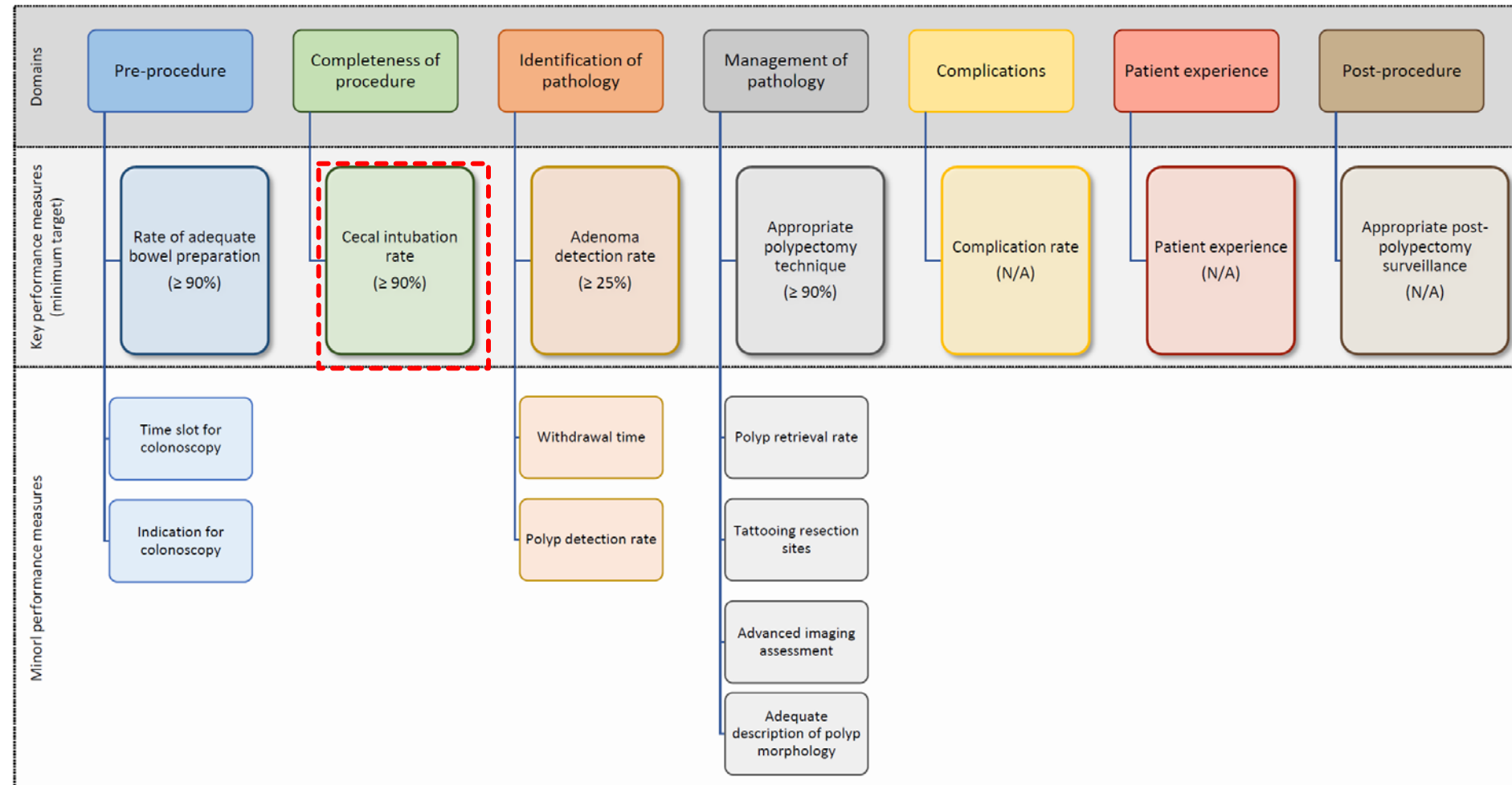


## Colonoscopy key performance domains





## Colonoscopy key performance domains





Key performance measure	Cecal intubation rate
Description	The percentage of colonoscopies reaching and visualizing the whole cecum and its landmarks
Domain	Completeness of procedure
Category	Process
Rationale	Whole bowel examination is a prerequisite for complete and reliable inspection of the mucosa in search of lesions A low cecal intubation rate is associated with an increased risk of interval colorectal cancer Incomplete colonoscopy leads to increased costs and inconvenience as the examination has to be repeated
Construct	<b>Denominator:</b> All screening or diagnostic colonoscopies <b>Numerator:</b> Procedures in the denominator that report reaching the cecum (documented in written form and by photo/video) <b>Exclusions:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Therapeutic procedures with no indication to reach the cecum</li> <li>Emergency colonoscopies</li> </ul> Calculation: Proportion (%) Level of analysis: Service and endoscopist level Frequency: Continuous monitoring using novel endoscopy reporting systems [12] should be the preferred approach; an alternative approach is a yearly audit of a sample of 100 consecutive LGI endoscopies
Standards	Minimum standard: $\geq 90\%$ Target standard: $\geq 95\%$ Cecal intubation, meaning complete visualization of the whole cecum and its landmarks, should be documented in a written report, as well as with photo or video documentation If the minimum standard is not reached for an individual endoscopist, additional training should be offered If the minimum standard is not reached on a service level, an audit to determine the cause should be performed After evaluation and adjustment, close monitoring should be performed with a further audit within 6 months
Consensus agreement	97.9%
PICO	2.1 – 2.3 (see Supporting Information)
Evidence grading	Moderate quality evidence

1

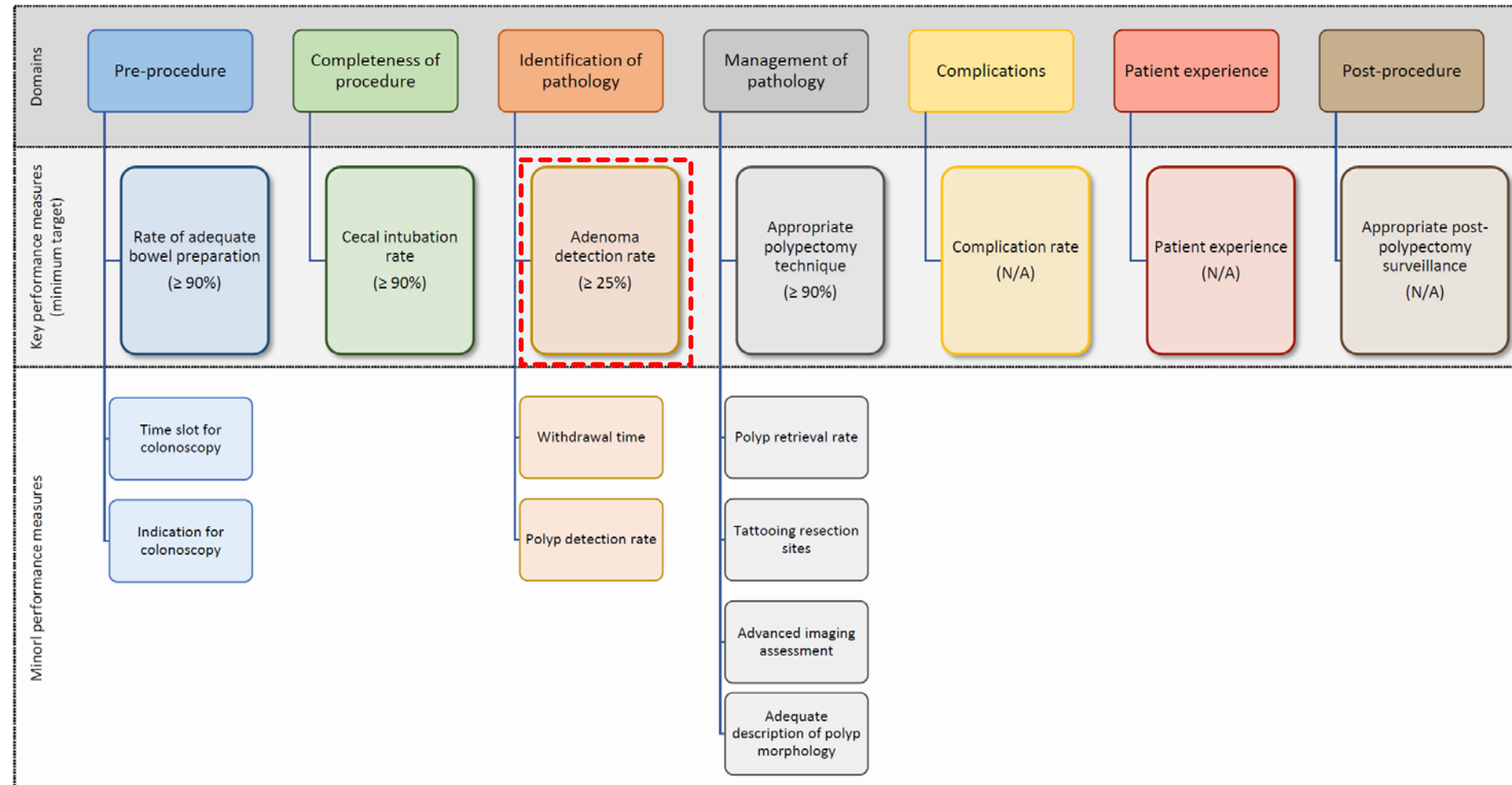
## Chi conosce la propria percentuale di raggiungimento del cieco?

Failed cecal intubation results in further costs and inconvenience as the examination must be rescheduled or an alternative investigation organized. A cecal intubation rate  $< 80\%$  is associated with significantly higher risks of proximal and distal interval CRCs when compared with higher completion rates [40].

[40] Baxter NN, Sutradhar R, Forbes SS et al. Analysis of administrative data finds endoscopist quality measures associated with postcolonoscopy colorectal cancer. *Gastroenterology* 2011; 140: 65–72



## Colonoscopy key performance domains





1

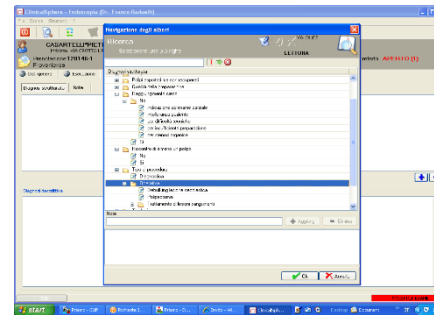
Chi conosce la propria ADR?  
Come viene calcolata nel vostro centro?



<b>Key performance measure</b>	<b>Adenoma detection rate (ADR)</b>
<b>Construct</b>	<p><b>Denominator:</b> All colonoscopies in patients aged 50 years or older</p> <p><b>Numerator:</b> Procedures in the denominator in which at least one adenoma was identified</p> <p><b>Exclusions:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Emergency colonoscopy</li> <li>Endoscopy with a specific therapeutic indication, including work-up of a previously detected lesion or follow-up of disease activity in inflammatory bowel disease</li> </ul> <p><b>Calculation:</b> Proportion (%)</p> <p><b>Level of analysis:</b> Service and endoscopist level</p> <p><b>Frequency:</b> Continuous monitoring using novel endoscopy reporting systems [12] should be the preferred approach; an alternative approach is a yearly audit of a sample of 100 consecutive LGI endoscopies</p>

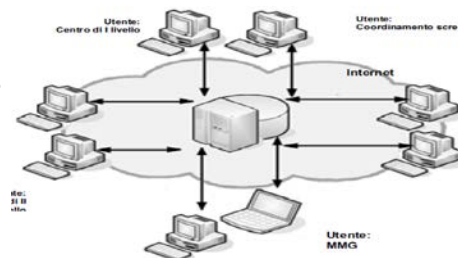
## ADR: come misurarla (centro, endoscopista)?

1.



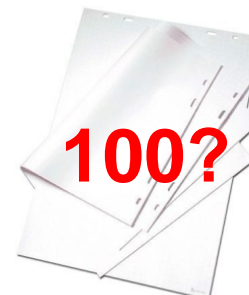
Sistemi di refertazione con indicatori

2.



Feedback da centri screening

3.

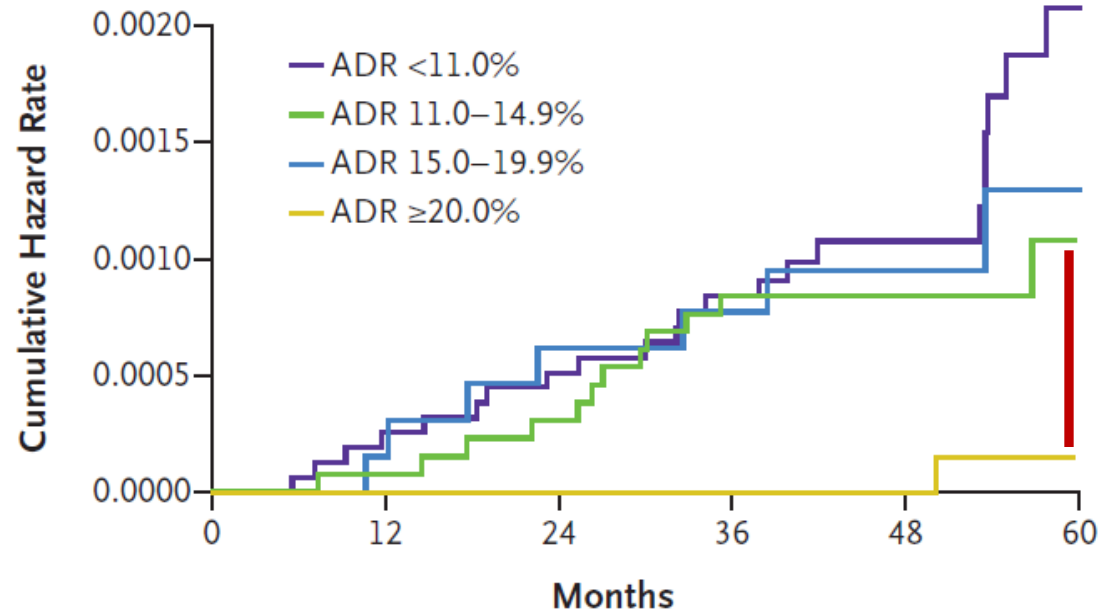


Conteggio manuale



## Rischio di i-CRC in rapporto a ADR del singolo operatore:

Polonia  
Screening colonscopico primario  
186 endoscopisti (14% ADR > 20%)  
42 cancro intervallo



ADR >20% → 10 volte riduzione rischio CCR



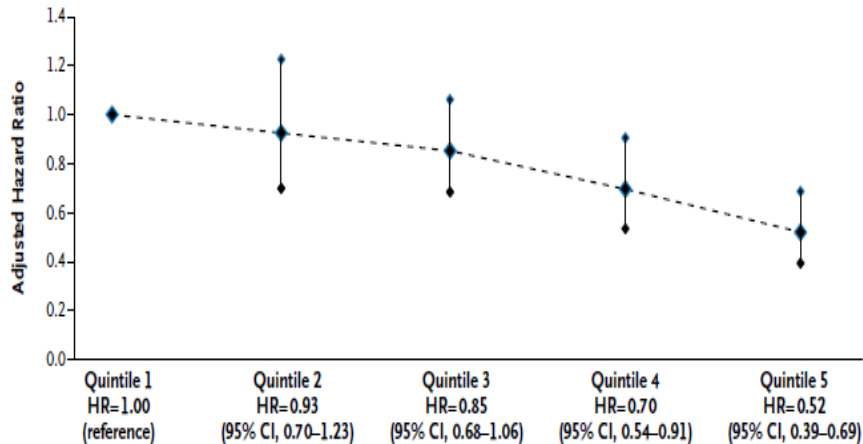


Key performance measure

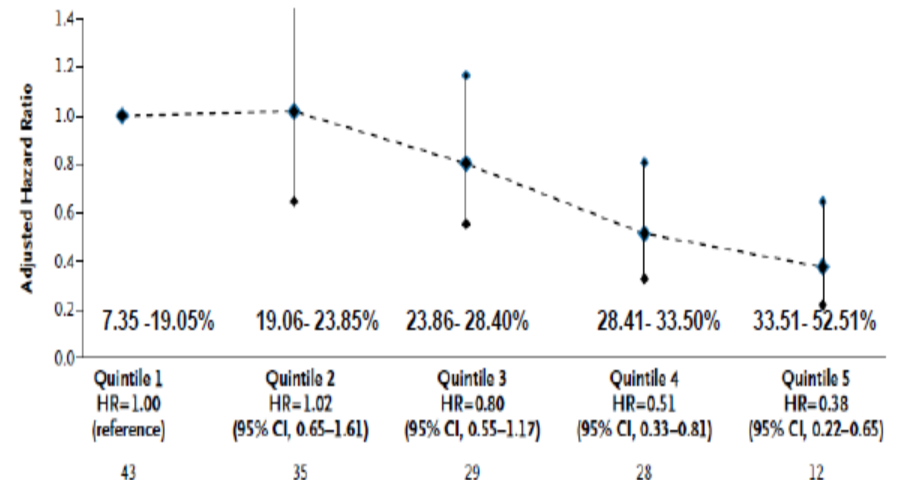
Adenoma detection rate (ADR)

### Corley DA et al. , N Engl J Med 2014

314,872 colonoscopies  
136 endoscopists (ADR 7.3% - 55.5%)  
712 interval cancers (6 months – 10 years)



Ogni + 1% = - 3% rischio di CCR



Ogni + 1% = - 5% mortalità per CCR



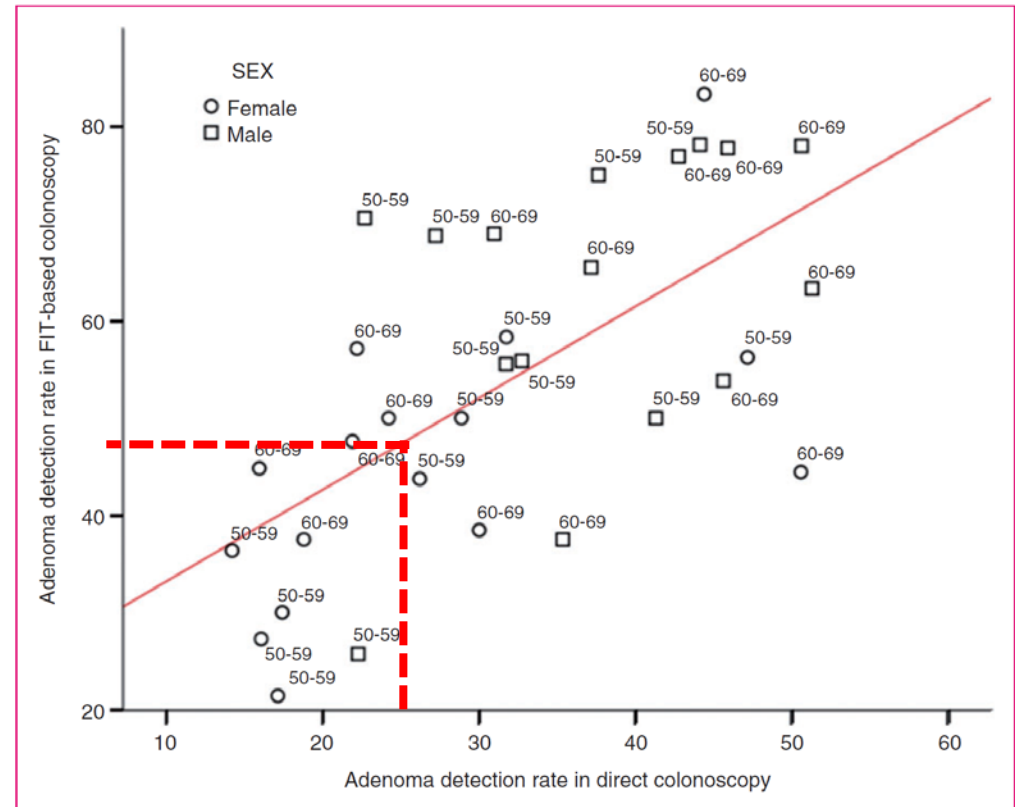
1 Quale valore di ADR considerate soddisfacente?



## ADR standards in >50aa

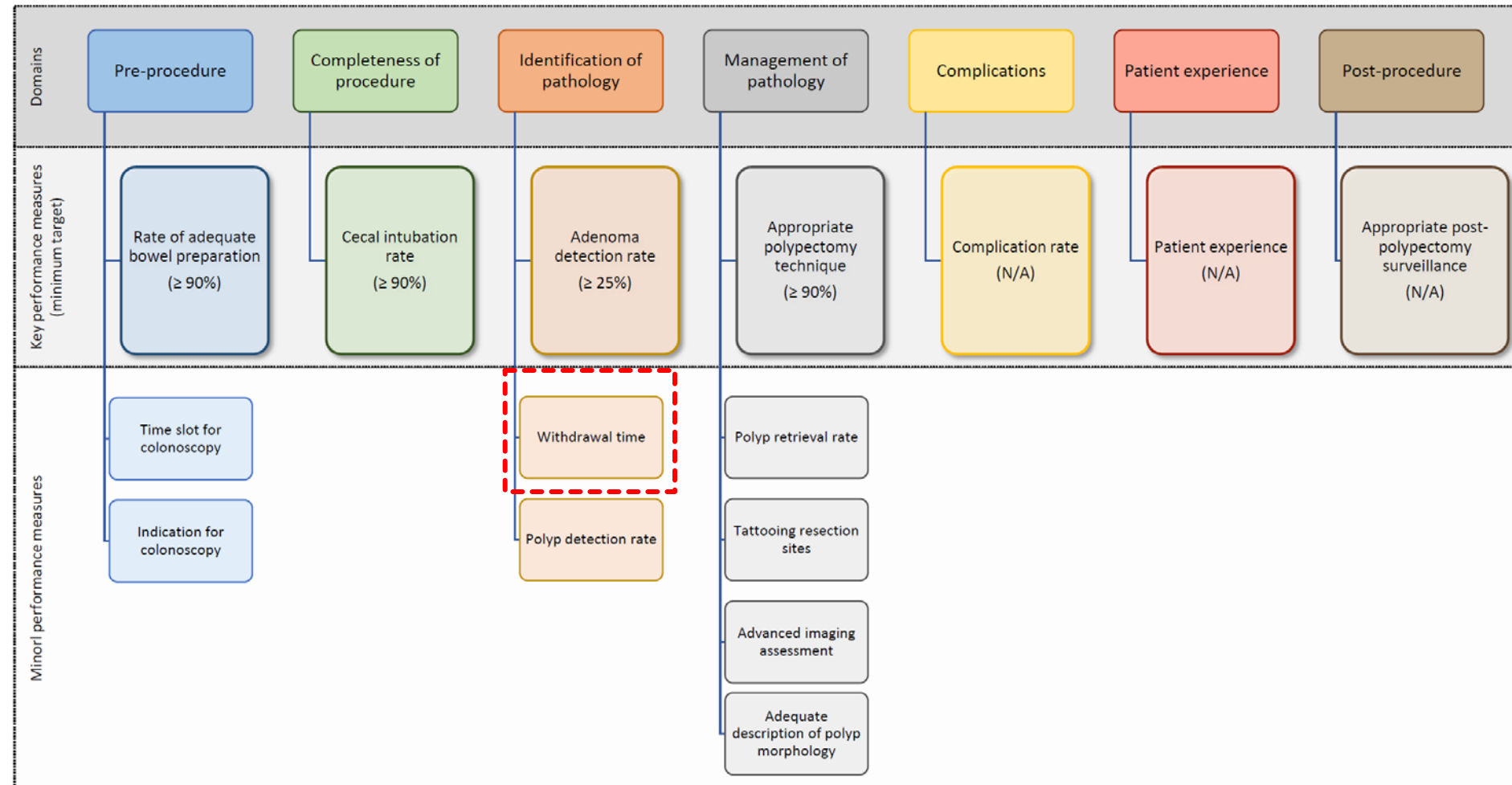
Key performance measure	Adenoma detection rate (ADR)
Standards	<p><u>Minimum standard: <math>\geq 25\%</math></u></p> <p>Target standard: no current target standard defined</p> <p>ADR should be monitored in all settings (screening and out-patient), which requires routine access to histopathology reports</p> <p>If the minimum standard is not met by an individual endoscopist, appropriate feedback followed by a competence assessment (with special consideration of withdrawal time and technique) should be given</p> <p>If the minimum standard is not met on a service level, comprehensive training for the center leader should be considered</p>
Consensus agreement	100%

## ADR standards in FIT +





## Colonoscopy key performance domains





## Withdrawal Time (WT)

Endoscopists with a mean WT  $\geq$  6 min. have higher rates of detection of adenomas and advanced adenomas

Barclay RL, *NEJM* 2006; 355:

Analysis of 76.810 screening colonoscopies (51 gastroenterologists)  
ADR = +3.6% per minute WT

Relative Risk Interval Cancer WT < 6 min = 2.3 (95% CI, 1.5-3.4)

Shaukat A, *Gastroenterology* 2015,

Mandating longer WT (with feedback) does not increase ADR

Sahhaney, *Gastroenterology* 2008; 135: 1892

The withdrawal time is particularly useful as a supportive tool when the observed ADR is less than the minimum standard of 25 %

Rutter, *Endoscopy* 2013; 45-73



# Withdrawal Technique

*... what do you do with the time*

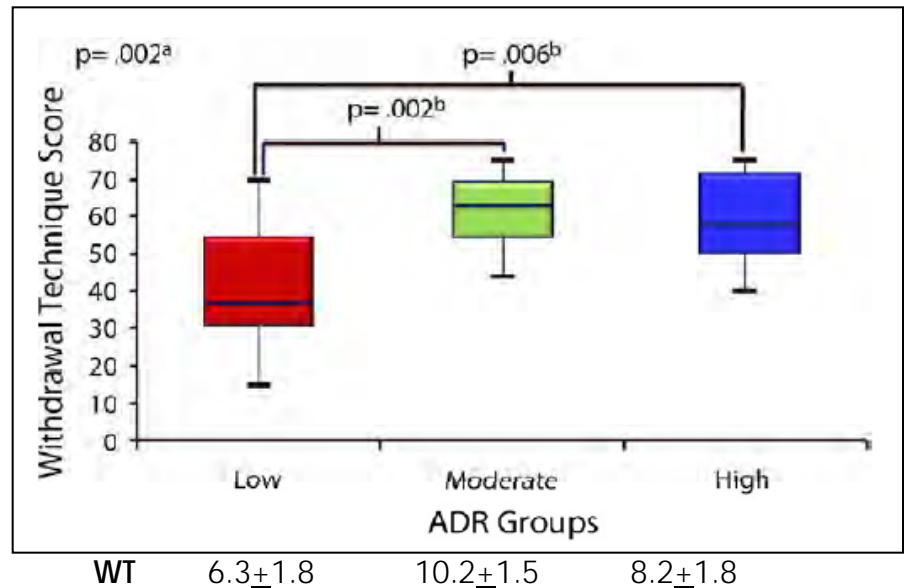
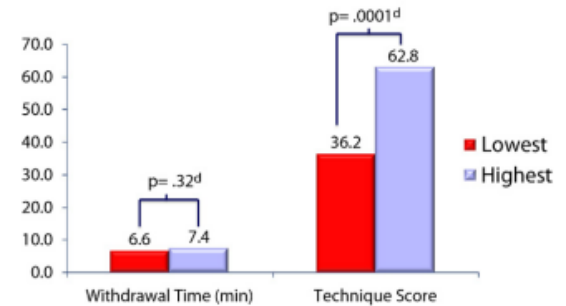
11 endoscopists  
historical ADR: LOW (<21%)  
INTERMEDIATE  
HIGH (>42%)

Videorecording of 20 exams

Quality of withdrawal technique:

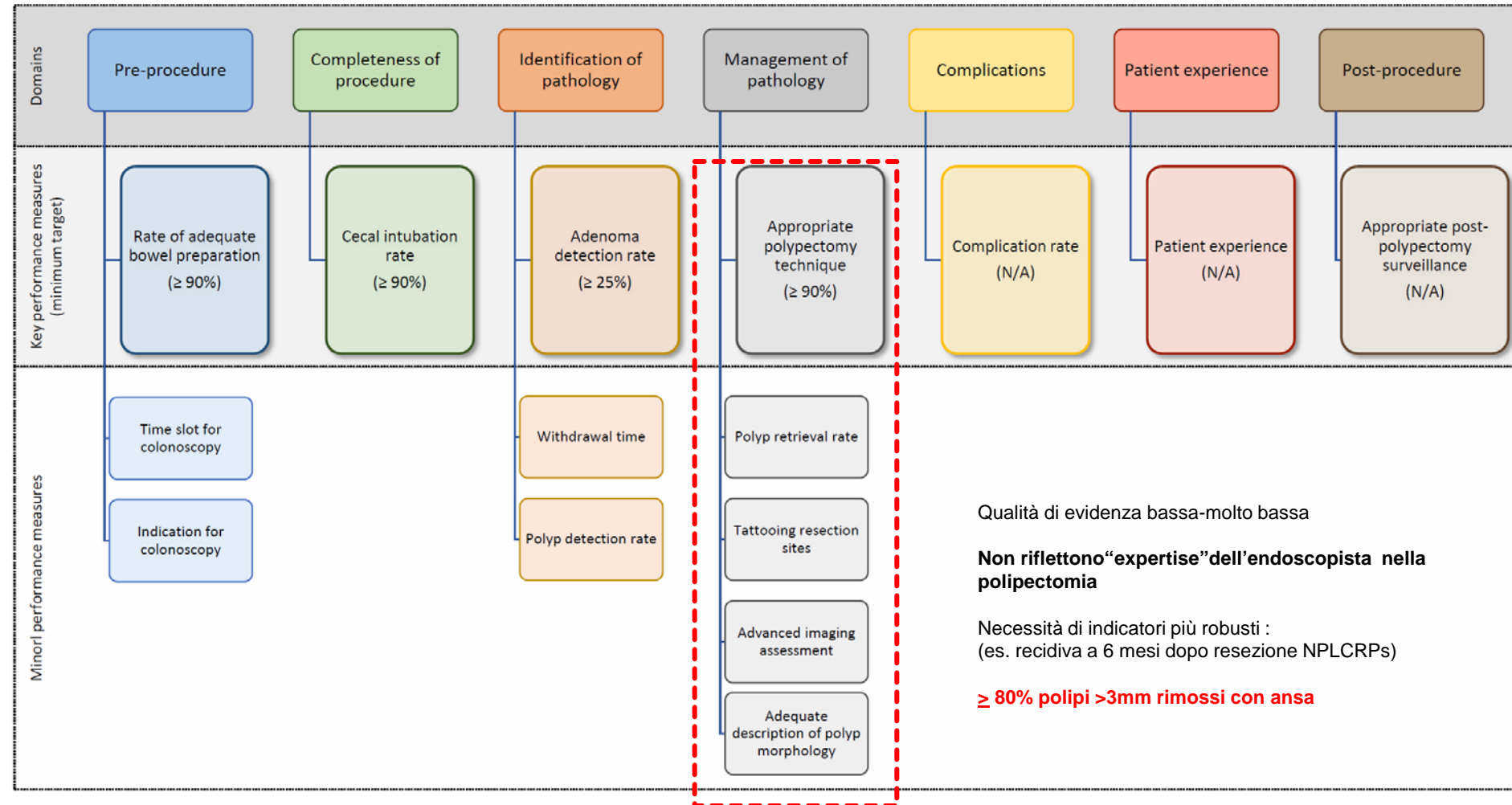
- fold examination (0-5)
- distension (0-5)
- cleaning (0-5)

### Lowest vs Highest ADR Endoscopist





## Colonoscopy key performance domains





# Does polypectomy variability matter?

Causes of post polipectomy CRC

	Robertson %	Pabby %	Le Clercq %
New cancer	24.1	23.1	13.6
Missed cancer	51.7	23.1	57.8
Incomplete polyp removal	19.0	30.8	8.8
Other	5.2	23.1	19.8





## APPROPRIATA TECNICA DI POLIPECTOMIA

- Adeguata tecnica di resezione per polipi (con pinza < 3 mm e con ansa a freddo o a caldo per polipi maggiori)
- Riportare sempre nel referto
  - le misure dei polipi
  - tecnica utilizzata per la rimozione

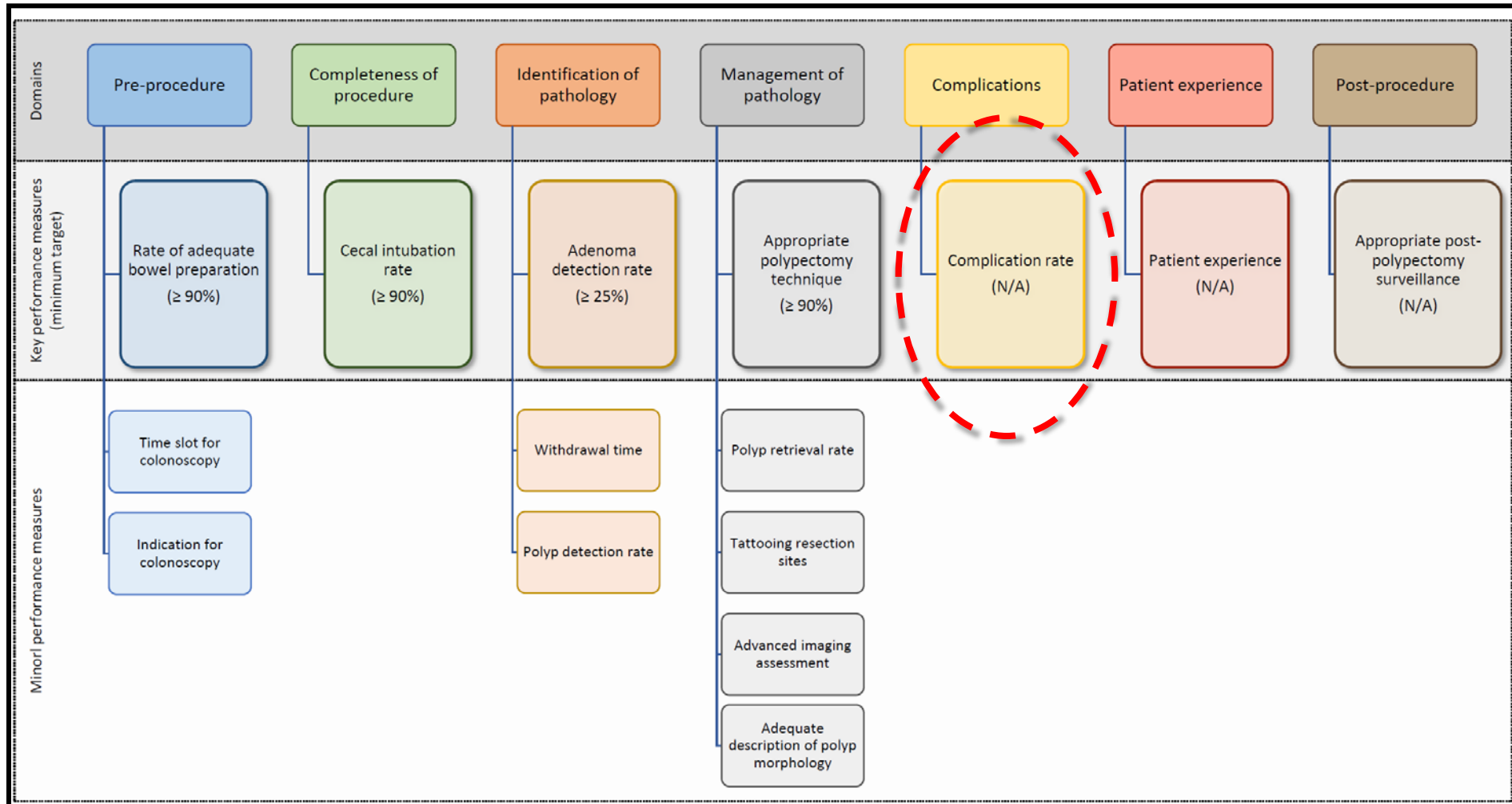


EMR e ESD in sedute dedicate !

**Resezione incompleta è causa del 25% dei CRC intervallo!**



## Colonoscopy key performance domains



Sanguinamenti  
Perforazioni

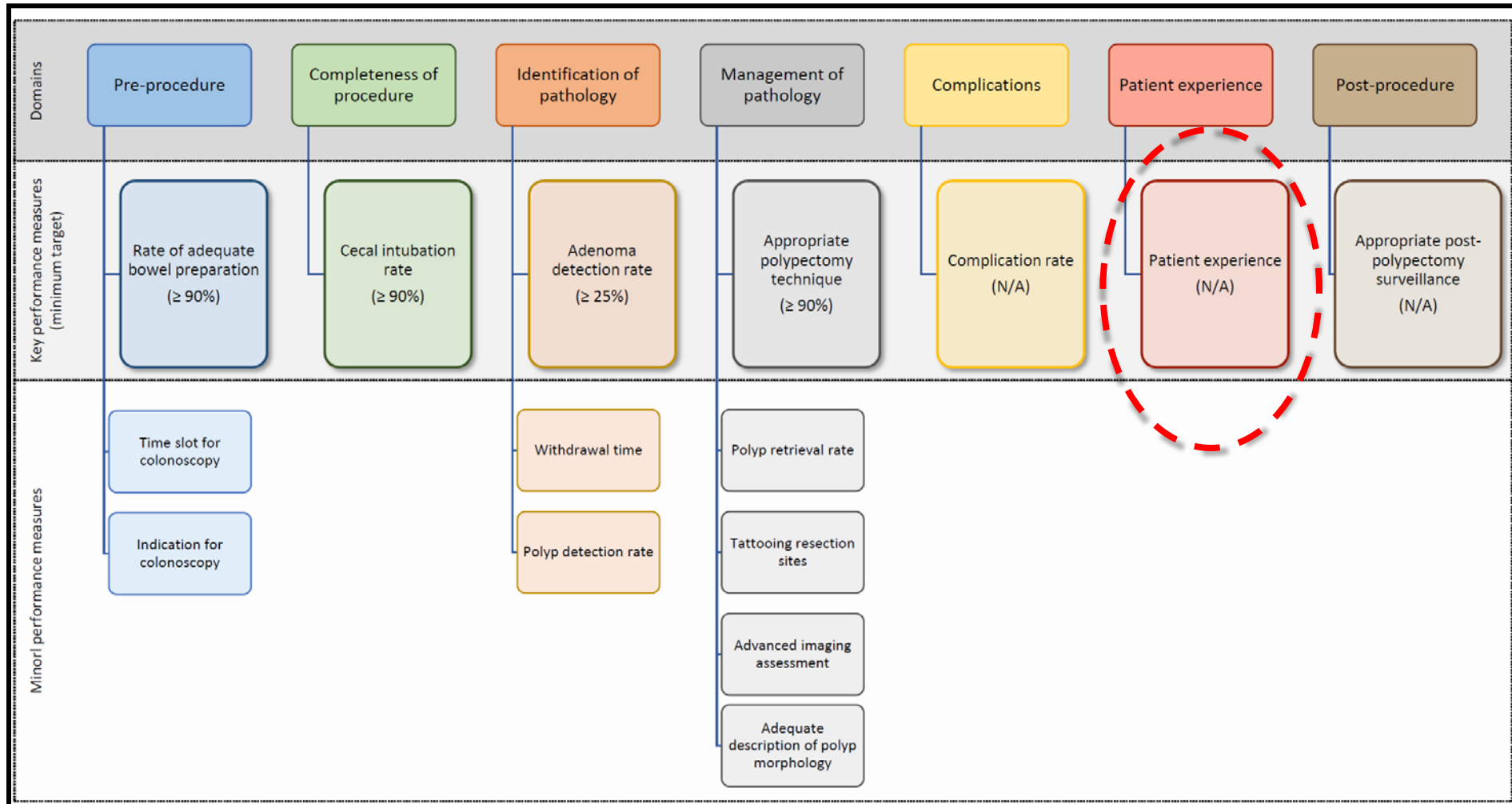
Key performance measure	Complication rate
Description	Percentage of patients in which complications (immediate, 7-day readmission rate, and 30-day mortality rate) occur after screening, diagnostic, or therapeutic colonoscopy
Domain	Complications
Category	Outcome
Rationale	Monitoring the rate of complications after screening, diagnostic, and therapeutic colonoscopy is important to assess the safety of procedures, to identify possible targets for improvement, and to allow accurate informed consent of patients
Construct	<p>Record the following parameters:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Early complications, adverse events, and harms</li> <li>• 7-day readmission rate (30-day readmission rates, where there are reliable registries and sufficient resources)</li> <li>• 30-day mortality rate</li> </ul> <p>Assessment should be done using a reliable method that allows identification of immediate and delayed complications, such as:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Direct contact (e.g. telephone call) with the patient</li> <li>• Analysis of hospital records (readmission rate)</li> <li>• Analysis of registries (readmission rate and mortality rate)</li> </ul> <p><b>Denominator:</b> All colonoscopies  <b>Numerator:</b> Procedures in the denominator with a complication registered (separately for early, 7-day readmission [30-day readmission, where there are reliable registries and sufficient resources], and 30-day mortality)  <b>Exclusions:</b> None  <b>Calculation:</b> Proportion (%) (separate for each parameter)  <b>Level of analysis:</b> Service  <b>Frequency:</b> Yearly for all colonoscopies performed at a service level</p>
Standards	<u>Minimum standard: <math>\leq 0.5\%</math> for 7-day readmission rate, standards not set for 30-day mortality rate or immediate complication rate</u>

Il problema (!!):





## Colonoscopy key performance domains





- ✓ **Il paziente percepisce la colonscopia come possibilmente dolorosa e imbarazzante limitando la sua partecipazione ai programmi di screening, ai programmi di sorveglianza e addirittura al work-up in caso di segni e sintomi di allarme**

La mancanza di esaurienti informazioni può incidere su:

- Scarsa partecipazione e adesione all'esame e al follow up
- preparazione sub-ottimale
- preparazione psicologica inadeguata nell'eventualità di evidenza di adenomi, cancro o in presenza di complicanze



## L'educazione del paziente: oltre ad aumentare l'adesione alla colonscopia migliora la qualità della preparazione intestinale

Informazione ed educazione del paziente (scritta e orale)



↑ Compliance alla preparazione  
 ↑ Risultati  
 ↓ Costi per esami ripetuti

Strumenti idonei (**depliant dedicati**)



↑ Tassi preparazione adeguata

		Booklet arm	Control arm	p-value
Score 5-6 (Likert scale) (good-excellent)	ITT	68%	46%	p=0.054
	PP	76%	46%	p=0.006



Health care professionals should provide both oral and written patient education instructions for all components of the colonoscopy preparation and emphasize the importance of compliance (*Strong recommendation, moderate-quality evidence*)  
**Recommendations From the US Multi-Society Task Force**

*The ESGE recommends that oral and written information about bowel preparation should be delivered by healthcare professionals. (strong recommendation, moderate quality evidence).*  
**(ESGE) Guideline**

## QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLA QUALITA'

### Unità Operativa Complessa di Gastroenterologia di Belluno

Gentile Signora/e,

Chiediamo cortesemente la sua collaborazione ad esprimere un giudizio sul servizio erogato sia dal punto di vista relazionale, assistenziale ed organizzativo. La invitiamo a compilare un questionario, al fine di evidenziare eventuali problematiche o proposte per migliorare l'assistenza erogata. Lei non potrà essere identificato in alcun modo e la compilazione del questionario è facoltativa.

Nel caso di adesione, dovrà barrare con una croce ( x ) la casella che ritiene più vicina al suo modo di vedere.

**Si richiede un' unica risposta**

**La ringraziamo per la collaborazione.**

Come valuta l'Unità Operativa di Gastroenterologia di Belluno in rapporto a:

- **per nulla soddisfatto**
- **poco soddisfatto**
- **soddisfatto**
- **molto soddisfatto**

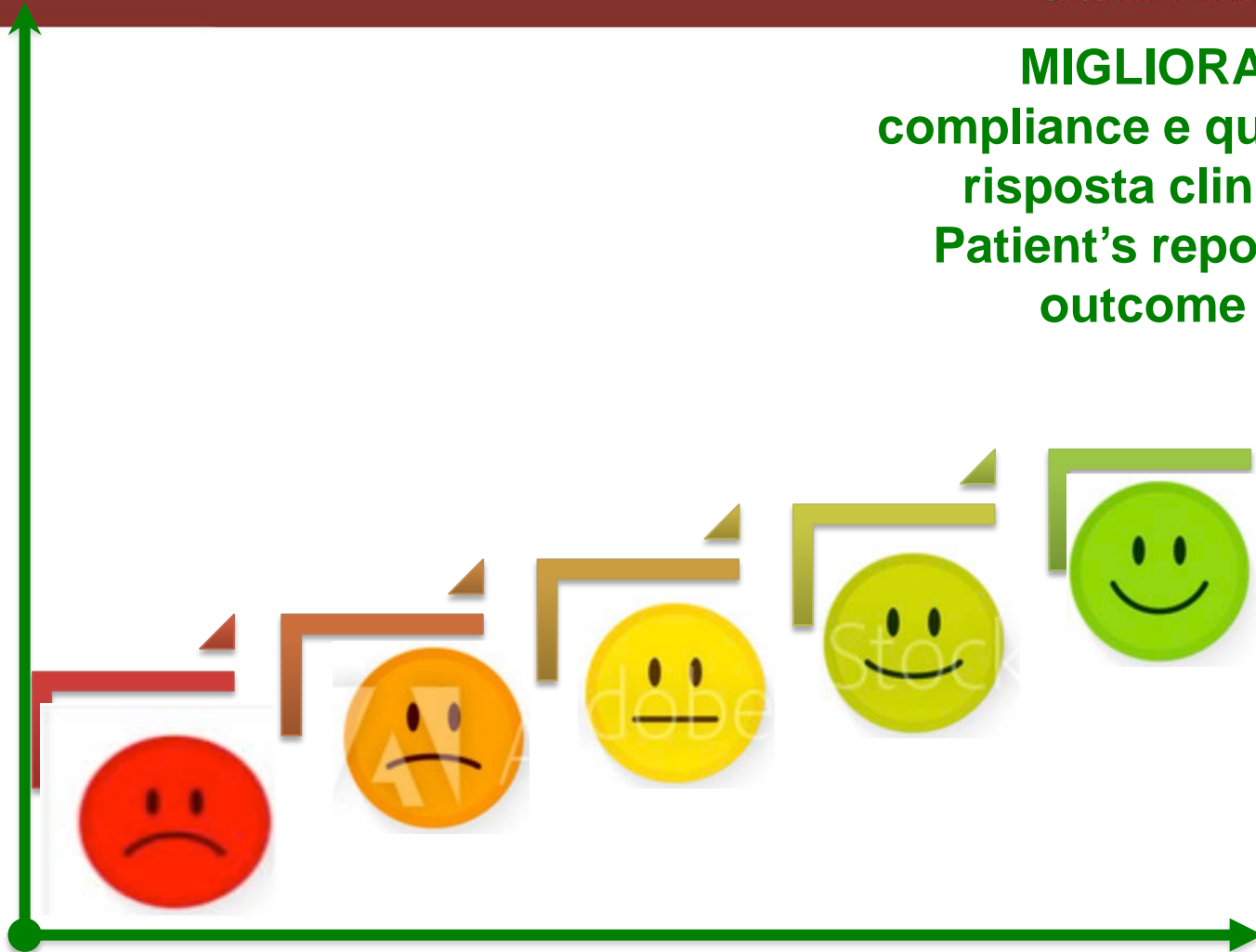
	Per nulla soddisfatto	Poco soddisfatto	Soddisfatto	Molto soddisfatto
<b>ACCETTAZIONE ENDOSCOPIA DIGESTIVA</b>				
Come valuta:				
Chiarezza delle informazioni contenute nel libretto Curarsi Informati, in merito all'intervento.				
Cortesìa, chiarezza e disponibilità del personale al telefono				





**MIGLIORA**  
compliance e quindi la  
risposta clinica  
Patient's reported  
outcome

**APPAGARE le aspettative  
dei pazienti sulla loro  
gestione clinica**

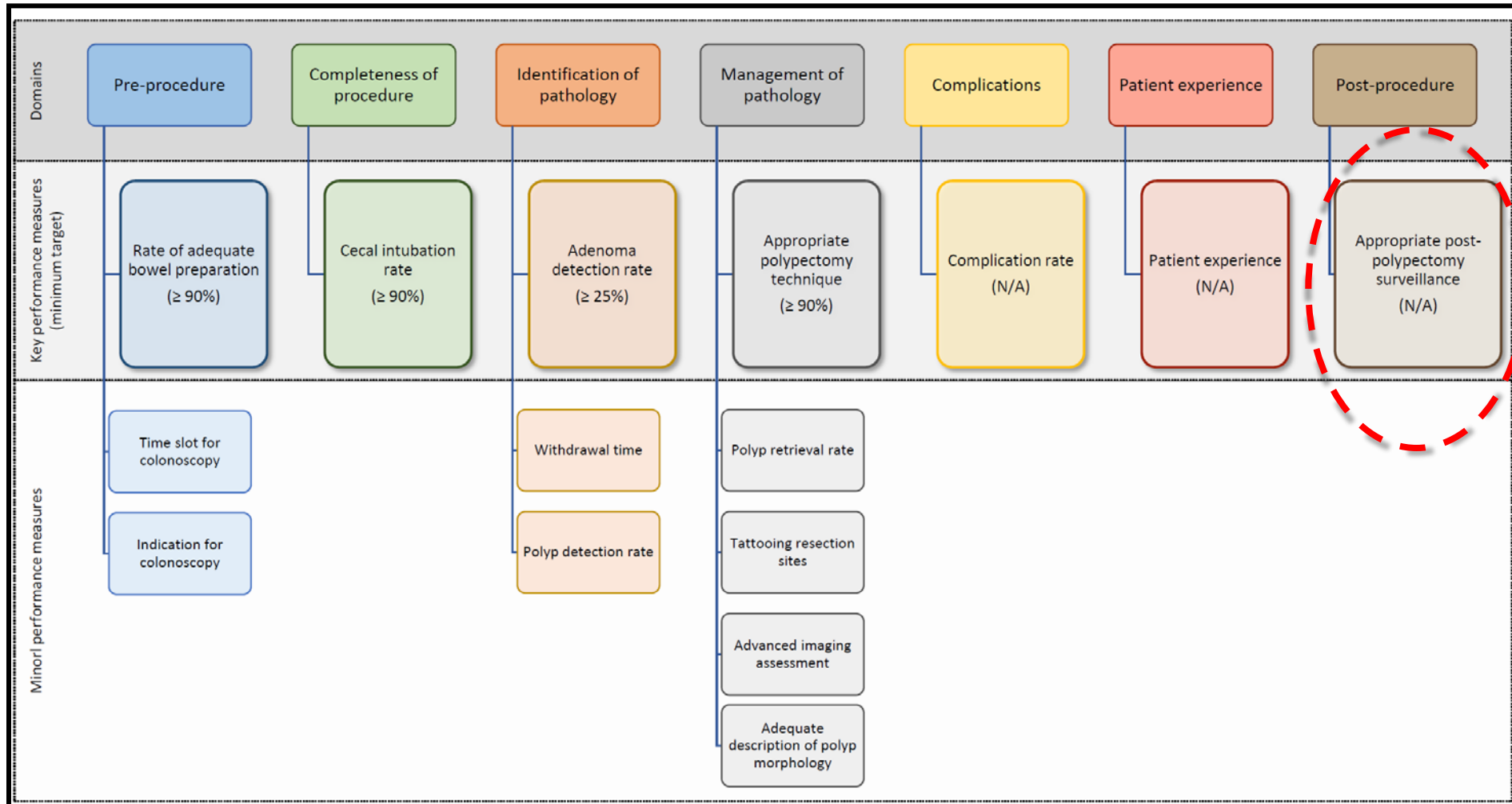


**Livello di soddisfazione del paziente**





## Colonoscopy key performance domains



## SORVEGLIANZA POST-POLIPECTOMIA: LINEE GUIDA EUROPEE (2010)

modificato da: Atkin W et al. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis

### Colonscopia basale

**Rischio basso**  
1-2 adenomi  
( < 10mm, tubulari, LGD)

**A**

**Sorveglianza specifica non indicata:**

- ripresa del programma di screening
- colonscopia a 5-10 anni

Scelta da individualizzare in relazione a:

età e preferenze del paziente, familiarità, qualità dell'esame

**Rischio Intermedio**  
3-4 adenomi  
oppure almeno 1  $\geq$  10mm (< 20mm)  
oppure almeno 1 villosi o HGD

**B**

**3 anni**

### Colonscopie successive

Un esame negativo → **5 anni**

Due esami consecutivi negativi → **A**

Adenomi a rischio basso o intermedio → **B**

Adenomi a rischio alto → **C**

Negativo, adenomi a rischio basso o intermedio → **B**

Due o più esami consecutivi negativi → **5 anni**

Adenomi a rischio alto → **C**

**Rischio Alto**  
 $\geq$  5 adenomi  
oppure almeno 1  $\geq$  20mm

**C**

**1 anno**

# Follow-up post-polipectomia

ORIGINAL ARTICLE

## Appropriateness of endoscopic surveillance recommendations in organised colorectal cancer screening programmes based on the faecal immunochemical test

Manuel Zorzi,<sup>1</sup> Carlo Senore,<sup>2</sup> Anna Turrin,<sup>3</sup> Paola Mantellini,<sup>4</sup> Carmen Beatriz Visioli,<sup>4</sup> Carlo Naldoni,<sup>5</sup> Priscilla Sassoli de' Bianchi,<sup>5</sup> Chiara Fedato,<sup>3</sup> Emanuela Anghinoni,<sup>6</sup> Marco Zappa,<sup>4</sup> Cesare Hassan,<sup>7</sup> the Italian colorectal cancer screening survey group

**Table 4** Comparison of the number of observed recommendations for a TC and of expected recommendations according to the EuGL, by type of diagnosis

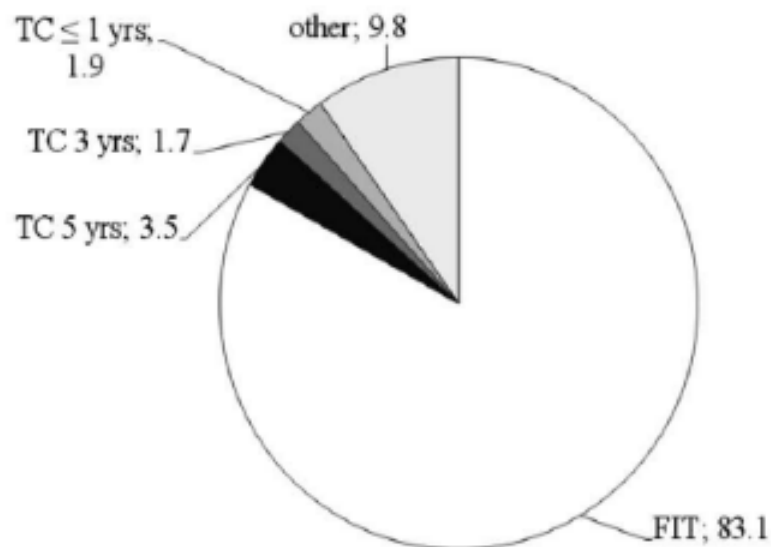
Diagnosis	Recommended TC	Expected TC according to EuGL	Difference
Negative/non-adenomatous polyp	1818	0	+1818
Low-risk adenoma	5146	0	+5146
Intermediate-risk adenoma	8444	8694	-250
High-risk adenoma	2452	2470	-18
Total	17 860	11 164	+6696

EuGL, European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis; TC, total colonoscopy.

74 Centri, colonscopie indice nel 2011 e 2013  
 Analisi di 49.704 raccomandazioni post-polipectomia

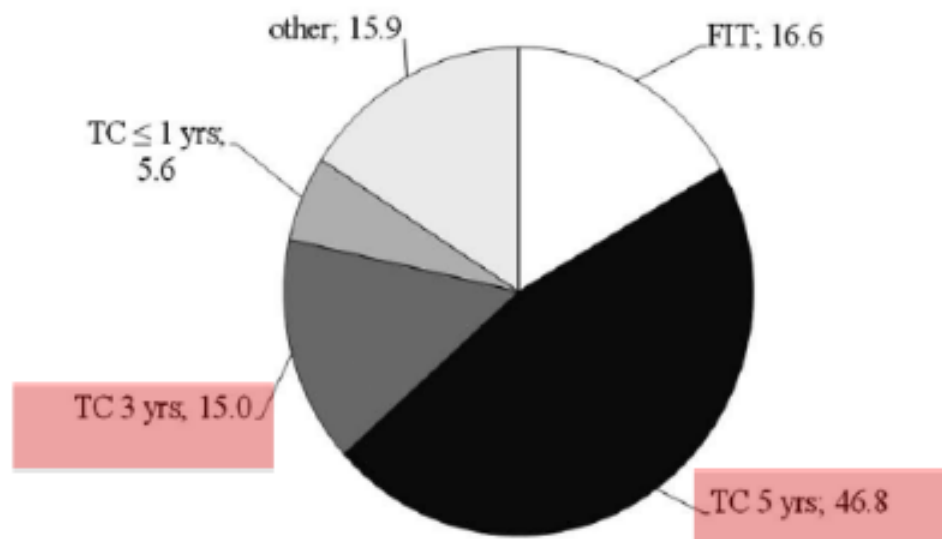
**Percentuali di raccomandazioni inappropriate = 37%**

### Negative/no adenoma



**Overuse 7%**

### Low-risk adenoma



**Overuse 67.4%**



## Quality colonoscopy: Key points

- Misurazione di indicatori è indispensabile ma quanti lo fanno?
- Necessità di sistemi refertazione con inclusione indicatori qualità
- Audit periodico (forse più importante di altri interventi)
- La preparazione intestinale ha un ruolo cruciale
- Alcuni indicatori di performance “deboli” (polipectomia)
- Alcuni indicatori di performance ancora difficili da migliorare (complicanze)

**COME FARE ?**



---

# Il Progetto EQUiPE per il monitoraggio della qualità dell'endoscopia di screening

Evaluation of Quality Indicators of the Performance of  
Endoscopy



Costruzione di un **database** delle prestazioni di colonscopia che permetta di **condurre analisi a livello di singolo endoscopista** a supporto ad attività di audit clinico finalizzate al miglioramento continuo della qualità

<b>Regione</b>	<b>Numero</b>	<b>%</b>
Emilia Romagna	24.823	26,6
Lazio	3.483	3,7
Liguria	521	0,6
Marche	2.697	2,9
Piemonte	10.878	11,7
Toscana	5.292	5,7
Trentino	1.171	1,3
Veneto	44.396	47,6
<b>Totale</b>	<b>93.261</b>	<b>100</b>



# Lo “statino”

# GISCoR

gruppo italiano screening coloretale

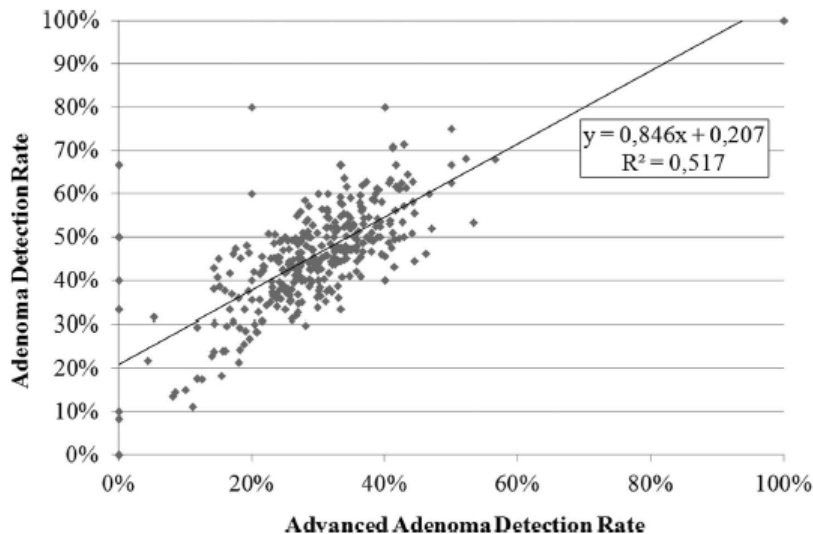
	Totale	Regione	Programma	Servizio di Endoscopia	Endoscopista	
Identificativo						
Periodo						
N° colonscopie (1)						
Indicatori (2)					Tasso grezzo	Tasso Atteso
Polyp Detection Rate (3)						
Adenoma Detection Rate (4)						
Advanced Adenoma Detection Rate (5)						
Tasso di intubazione del cieco						
Tasso di preparazione adeguata (6)						
Tasso di sedazione (7)						
Raccomandazione di follow up colonscopico dopo colonscopia negativa per adenoma (8)						
Raccomandazione di follow up colonscopico inferiore a 5 anni dopo colonscopia con esito di adenoma iniziale (8)						



ORIGINAL ARTICLE

## Quality of colonoscopy in an organised colorectal cancer screening programme with immunochemical faecal occult blood test: the EQUiPE study (Evaluating Quality Indicators of the Performance of Endoscopy)

Manuel Zorzi,<sup>1</sup> Carlo Senore,<sup>2</sup> Filippo Da Re,<sup>3</sup> Alessandra Barca,<sup>4</sup> Luigina Ada Bonelli,<sup>5</sup> Renato Cannizzaro,<sup>6</sup> Renato Fasoli,<sup>7</sup> Lucia Di Furia,<sup>8</sup> Emilio Di Giulio,<sup>9</sup> Paola Mantellini,<sup>10</sup> Carlo Naldoni,<sup>11</sup> Romano Sassatelli,<sup>12</sup> Douglas Rex,<sup>13</sup> Cesare Hassan,<sup>14</sup> Marco Zappa,<sup>15</sup> the Equipe Working Group



ADR ranged from 13.5 to 75%, Intubazione ciecale from 58.8 a 100%

### Significance of this study

#### What are the new findings?

- ▶ In the Italian screening programme with immunochemical faecal test, the overall level of quality of colonoscopy was adequate, with the adenoma detection and caecal intubation rates being 45% and 93%, respectively.
- ▶ There was substantial variation among the endoscopists in both indicators. This variation was explained by at least three levels of predictors, namely at *per-patient*, *per-endoscopist* and *per-centre* levels.
- ▶ Gastroenterology specialty, sedation and the availability of screening-dedicated sessions were associated with the adenoma detection rate. Sedation, the availability of screening-dedicated sessions and the volume of screening colonoscopies were associated with the caecal intubation rate.

#### How might it impact on clinical practice in the foreseeable future?

- ▶ Policies addressing organisational issues, such as sedation, the availability of screening sessions and endoscopist retraining are likely to improve the overall quality of colonoscopy in this setting.





- Il database Equipe è servito ..... per uno studio....
- Non riceviamo informazioni sistematiche sulle performance degli endoscopisti (ad eccezione di adesione e completezza CS, ADR e complicanze per centro e non per operatore)
- Il monitoraggio degli altri indicatori è discrezionale e demandato all'iniziativa di ogni UO
- Non esistono programmi strutturati di training e retraining per gli endoscopisti

## Proposta di collaborazione con SIED:

- per avere lo stato dell'endoscopista in tutti i centri
- per formare gli endoscopisti e per programmi strutturati di retraining
- per la revisione periodica degli indicatori



SCUOLA DI FORMAZIONE

ACCREDITAMENTO PROFESSIONALE

Partnership GISCoR-SIED



**Attenzione!** L'ultima modifica dei dati risale a più di **6 mesi fa**. [Clicca qui](#) per controllare i dati, modificarli e/o confermarli.

Video di Tecnica e Nuove Tecnologie

VISIONA I VIDEO

Scuola di Formazione SIED

APPROFONDISCI

Standard di Qualità: L'Accreditamento

Documentazione e Procedure

APPROFONDISCI

**PROSSIMI EVENTI** [VAI ALL'ELENCO COMPLETO »](#)

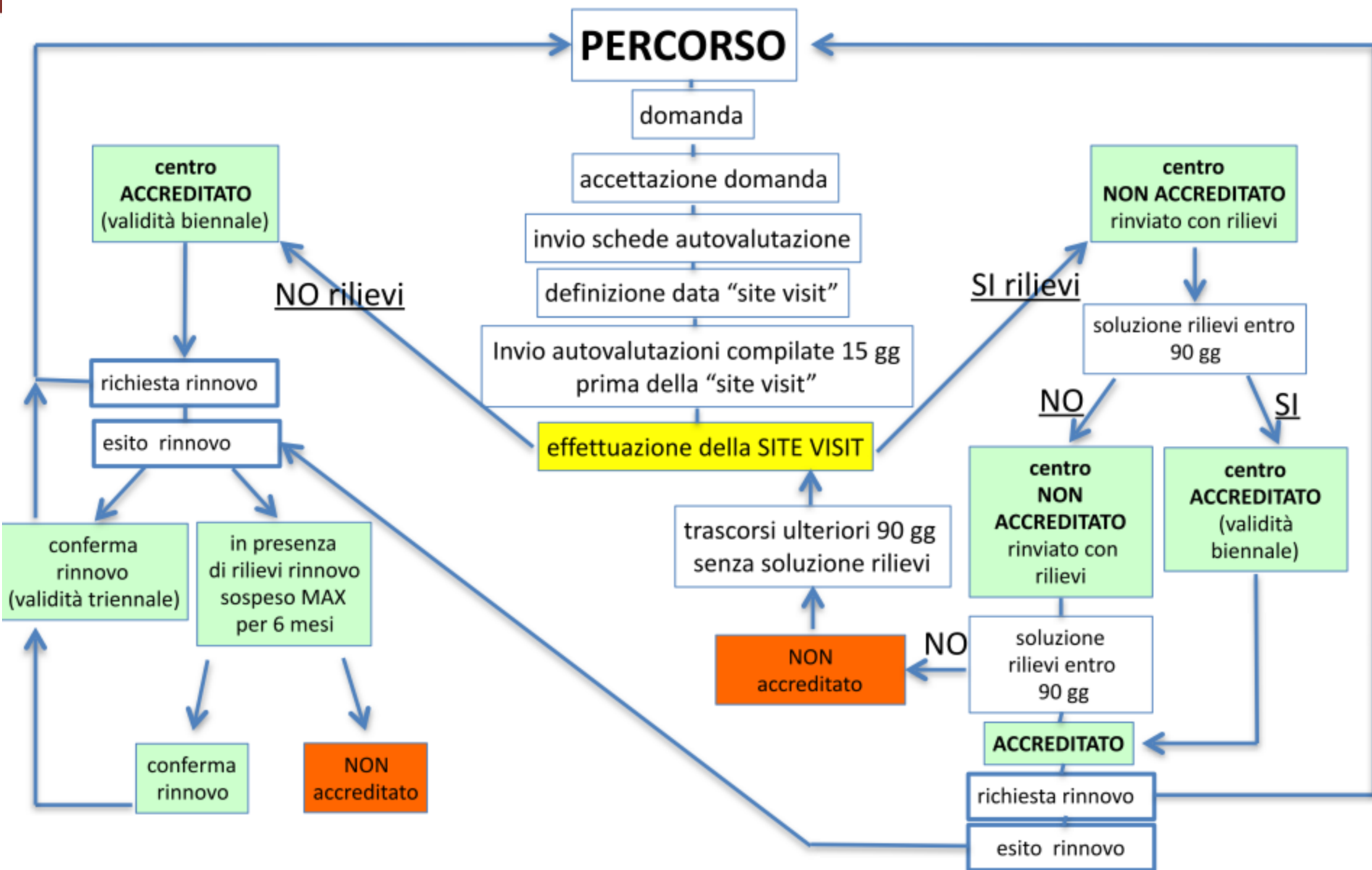
**05 NOVEMBRE 2018**  
**ROMA**  
 EVENTO PATROCINATO SIED  
**Meet the professor: Chirurgia Robotica Colorettales - Il Workshop "I tumori colorettales"**  
 Direttore del Workshop: Gian Luca Grazi  
 Sede: Centro Congressi Multimediale IFO, Roma

**DAL 07 AL 10 NOVEMBRE 2018**  
**UDINE**  
 EVENTO PATROCINATO SIED  
**XIV UP-DATE IN GASTROENTEROLOGIA**  
 Presidente del Congresso: Maurizio Zilli  
 Sede: Centro Culturale Beata Vergine delle Grazie (Via Pracchiuso 21, Udine - Parcheggio consigliato: Piazza I° Maggio, Udine)

**DAL 15 AL 17 NOVEMBRE 2018**  
**TORINO**  
 CONGRESSO  
**4th EUS-ERCP connection: The "EURCP" concept**  
 Direttori del Corso: Claudio G. De Angelis, Thierry Ponchon  
 Sede del corso: Molinette Hospital - Città della Salute e della Scienza di Torino Turin University

**25° CNMD FISMAD**  
**APERTURA SITO ABSTRACT SUBMISSION**  
 dal 14 Settembre al 6 Novembre 2018  
 Per Inviare l'Abstract collegati al sito [www.fismad.it](http://www.fismad.it)  
 Congresso Nazionale delle Malattie Digestive  
 Roma, 27 - 30 Marzo 2019

# Accreditamento Professionale SIED/ANOTE





SOCIETÀ ITALIANA ENDOSCOPIA DIGESTIVA

## Accreditamento SIED (30.09.2018)

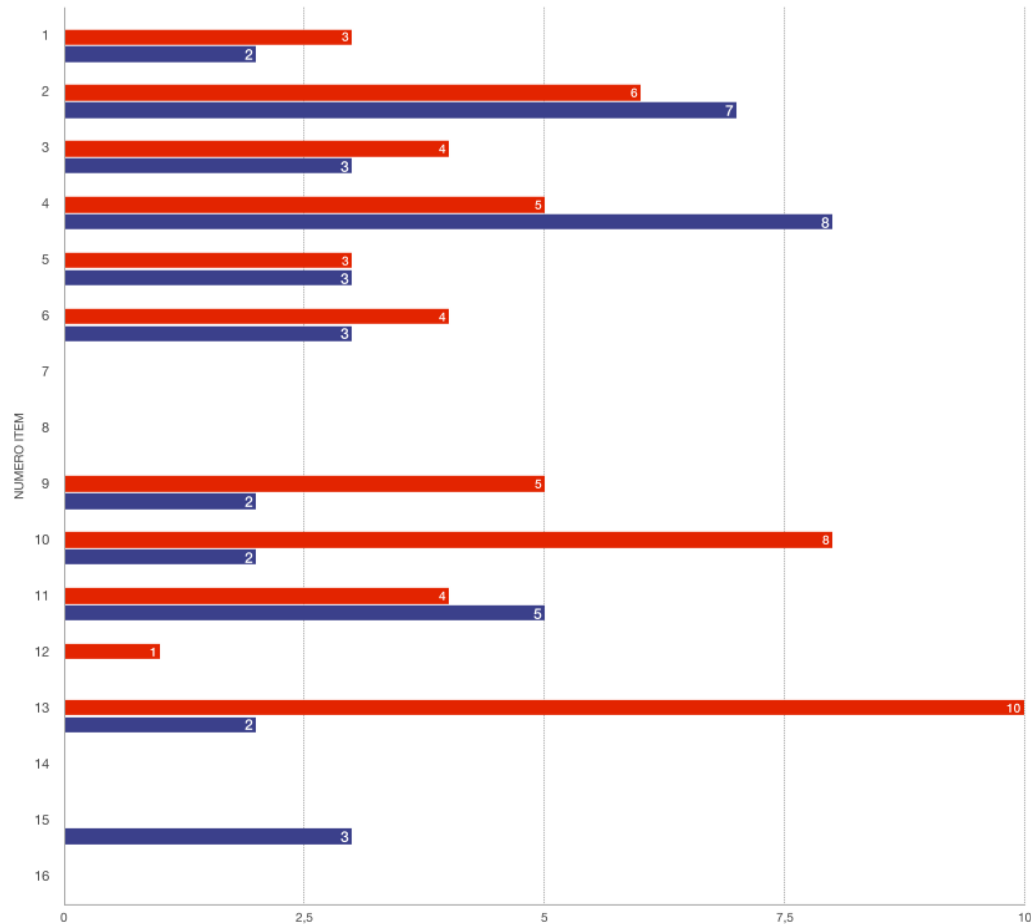
- Numero site-visit: 38
- Centri accreditati: 18
- Centri in attesa accreditamento: 7\*
- Centri che hanno rinnovato: 3
- Centri in attesa di rinnovo: 3\*
- Centri che non hanno raggiunto l'accREDITamento: 2\*\*
- Centri che hanno aderito in attesa di valutazione: 10

\* Centri le cui azioni di miglioramento non sono state ancora ritenute efficaci

\*\* Percorso di accreditamento sospeso

## COLONSCOPIA: RILIEVI MAGGIORI E MINORI

	ITEM	RILIEVI MAGGIORI	RILIEVI MINORI
1	Viene segnalato nel referto il grado di pulizia del paziente?	3	2
2	La preparazione risulta eccellente o adeguata in almeno l'85% delle colonoscopie?	6	7
3	Il raggiungimento del cieco avviene in almeno il 90% dei casi nella colonoscopia diagnostica e in almeno il 95% nella colonoscopia di screening (salvo pazienti con neoplasie stenosanti)?	4	3
4	E' disponibile documentazione fotografica?	5	8
5	La Direzione del Centro di Endoscopia Digestiva calcola e valuta periodicamente "l'Adenoma Detection Rate" (ADR)?	3	3
6	Vengono eseguiti prelievi bioptici "random" in pazienti con diarrea cronica?	4	3
7	Vengono monitorati costantemente i parametri vitali del paziente durante la sedazione?	0	0
8	Viene documentata la somministrazione di farmaci (in particolare la somministrazione di sedativi o eventuali antagonisti)?	0	0
9	Esegui biopsie secondo protocollo (4 quadranti o cromoendoscopia) nella colonoscopia di sorveglianza in pazienti con MICI?	5	2
10	Vengono asportati routinariamente al momento della procedura polipi <2cm?	8	2
11	Si esegue il tatuaggio endoscopico in caso di polipi uguali o superiori a 2 cm. o comunque di sospetta lesione cancerizzata?	4	5
12	Viene eseguito il recupero delle lesioni asportate in almeno il 90% dei casi?	1	0
13	Sono adeguati gli intervalli di sorveglianza post-polipectomia?	10	2
14	Il sanguinamento post-polipectomia è trattato endoscopicamente?	0	0
15	Le procedure endoscopiche, sia a basso che elevato rischio di sanguinamento, vengono eseguite in accordo con le più recenti linee guida?	0	3
16	Viene eseguita una endoscopia inferiore entro 24 h. dal ricovero, nei pazienti con grave ematochezia dopo rapida preparazione intestinale?	0	0





**Partnership GISCoR-SIED**

**=**

**SINERGIA**



# GISCoR

gruppo italiano screening coloretale



## SIED

SOCIETÀ ITALIANA ENDOSCOPIA DIGESTIVA

# Grazie per l'attenzione

REGIONE DEL VENETO



**ULSS 1**  
DOLOMITI

Azienda ULSS1

BELLUNO

Unità Locale Socio Sanitaria

