

# IL CONTROLLO DI QUALITÀ NEL 2° LIVELLO: UN ESEMPIO

controllo di qualità = valutazione dell'attività di 2° livello  
miglioramento continuo della qualità

1° liv. valutazione del test/prelievo

2° liv. valutazione della diagnosi e del trattamento

elevata adesione all'invito in colposcopia essenziale per il successo del programma  $\Rightarrow$  perdita di casi al 2° liv. = inefficienza del sistema/spreco di risorse impiegate per selezionare le donne

offerta di diagnosi e trattamento "controllato" (= adeguato, aggiornato, ed efficiente rispetto ad interventi individuali ed occasionali)

mandati istituz., norme, ecc.

Nel Dipartimento:

Necessità di uniformare comportamenti, procedure, tecniche ed organizzazione (4 centri di colposcopia 1 laboratorio – 3 Az. San.)

Partecipazione interessata alle riunioni del gruppo di coordinamento da parte dei colposcopisti

Costante periodicità degli incontri degli operatori (3-4/anno)

Stimolare l'audit e il confronto tra i colposcopisti (casistica trattata inferiore allo standard indicato dall'NHSCSP)

Esigenza di sorvegliare l'andamento del programma portando in evidenza difetti, problemi, difficoltà da porre all'attenzione del Comitato Tecnico, dei Responsabili di U.O., ecc

# Attività 2° livello Dip. 3

2° semestre 2003

	C1	C2	C3
<i>Donne invitate al II° livello</i>	89	145	65
Adesione al 1° app.	26	69	48
Donne in F.U.	41 39%	52 57%	07 87%
Totale	67	121	55

# Differenze di obiettivi

## CENTRO RIF. REGIONALE

Valutare l'andamento generale del programma nel dip.

Segnalare i punti critici del programma per ciascun dip.

Certificare l'attività svolta da ciascun dip.

## DIPARTIMENTO

Sorvegliare costantemente l'andamento dell'attività del programma

Individuare punti critici e difetti nell'organizzazione interna al programma

Coordinare i singoli centri per uniformare le loro procedure e il loro operato

Favorire e stimolare l'azione di autocontrollo ed il confronto tra i singoli operatori

# Altre differenze

## CENTRO RIF. REGIONALE

Verifica annuale

Dati numerici consistenti ⇒  
valutazione quantitativa

Indicatori di efficacia  
complessiva

+ Indicatori di Diagnosi e  
Terapia

- Indicatori di efficienza e di tipo  
organizzativo

## DIPARTIMENTO

Verifica con cadenza tri-quadri-  
mestrale dell'attività dei centri

Analisi per singolo centro  
colposcopico

Dimensione numerica dei dati non  
sempre valida per una corretta  
valutazione quantitativa ⇒  
indicatori di efficacia meno validi

Valutazione dell'attività  
diagnostica/terapeutica sui  
singoli casi (osservanza dei  
protocolli/linee-guida)

Attenzione agli aspetti organizzativi  
e procedurali dei singoli centri

# Indicatori organizzativi

## Regionali

- adesione al 1° appuntamento
- tempi di attesa accesso 2° liv

## Nel Dipartimento

- adesione 1° appuntamento
- tempi di attesa accesso 2° liv
- % colposcopie con informaz. scritta alla pz sugli esiti conclusivi
- % prelievi biotipici con consenso informato
- % referti conclusivi entro 30gg
- % completezza compilazione referti colposcopici
- Rispondenza alle indicazioni riguardanti la dotazione strumentale, di personale e di sicurezza dei centri di colposcopia
- Possesso di protocollo scritto per la gestione delle donne non presentate all'appuntamento

# Indicatori efficacia diagnostica

## Regionali

- % CIN in istologia
- accuratezza                  previsione  
lesioni alto grado (x G1, ecc)
- detection rate
- VPP
- incidenza cancri interv.
- Altro

## Nel Dipartimento

- % CIN in istologia
- accuratezza    previsione  
lesioni alto grado



# STANDARD DI QUALITA'

## materiali e metodi

- - Criterio
- - Descrizione
- - Standard di riferimento
- - Indicatore
- - Procedura di rilevazione
- - Risultati

# Adeguatezza dell'informazione (1)

## CONSENSO INFORMATO PER IL PRELIEVO BIOPTICO

Standard	Indicatore	Rilevazione	Risultati
Nessun standard	N° donne passate in colposcopia per le quali risulta sulla documentazione cartacea il consenso scritto /tutte le donne passate in colposcopia nel periodo 1/07/2003 al 31/12/2003. (donne in 1° app. e F.U.)	Ricerca nominativo nell'agenda di prenotazioni e successiva ricerca nell'archivio cartaceo dell'UVOS sui documenti provenienti dalle colposcopie (schede colposcopica e modulistica predisposta in fase di avvio del progetto dal gruppo coordinatore 2° livello)	C2 0/47 C1 0/30 C3 1/10 (c)* utilizzo di modulo elaborato all'avvio del progetto. (a)° valutazione opportunità utilizzo costante modulo comune

\*(c) commento - ° (a) azione

## Adeguatezza dell'informazione (2a)

DATA E FIRMA DELLA PZ. NELLA RELAZIONE CONCLUSIVA

Standard	Indicatore	Rilevazione	Risultati
NHSCSP >90% <= 14 gg limitatamente alle donne con indicazione al trattamento	N° di donne informate cui è stato stabilito un trattamento/n° di donne destinate al trattamento	Analisi dei documenti cartacei dei centri colposcopici	C2 0/121 consegna referto <30 gg C1 0/67 consegna referto <20 gg C3 0/55 consegna referto <30 gg (c) Raccomandazione conclusive con data e firma <b>solo</b> del colposcopista

# Adeguatezza dell'informazione (2b)

## DATA E FIRMA DELLA PZ. NELLA RELAZIONE CONCLUSIVA

Standard	Indicatore	Rilevazione	Risultati
DGR 41/97 referto conclusivo entro 30gg. dalla colposcopia.	N° di donne passate in colposcopia dal 1/07/2003 al 31/12/2003. Presenti esito della colposcopia, data, firma del colposcopista. Comunicazione e consegna referto entro 30 gg. dall'esame (1° app. e F.U.)	Analisi dei documenti provenienti dai centri colposcopici	<p>(c) tutti i referti conclusivi senza data e firma della pz.</p> <p>(a) revisione modulistica in uso dalla colposcopia</p> <p>(c) mancanza di procedura per sollecito della donna al ritiro delle raccomandazioni conclusive (ogni centro si comporta in modo differente)</p> <p>(a) elaborazione di percorso della pz in II liv. analizzato per singolo centro.</p>

# Compliance al 1° appuntamento

Standard	Indicatore	Rilevazione	Risultati
NHSCSP ≥ 85% (Garantire compliance molto elevata per citologico HSIL)	Numero di donne invitate in colposcopia per la prima volta registrate in agenda, che si sono presentate in ambulatorio dal 1/07/2003 al 31/12/2003/tutte le donne invitate in colposcopia la prima volta stesso periodo	Ricerca per nome sull'agenda di prenotazioni con analisi della storia individuale e successiva verifica dell'avvenuta accettazione sullo stesso programma del CSI	C2 79.5 % C1 68.4 % C3 90.6 % (c) Indicatore annuo rilevato dal CPO non previsto dalla DGR 41/97 (a) Controlli ravvicinati (4 mesi)

# Completezza diagnostica

% BIOPSIE ESEGUITE IN ESITO CITOLOGICO DI CIN 2+

Standard	Indicatore	Rilevazione	Risultati
NHSCSP 90%	% di donne che hanno effettuato la biopsia tra quelle passate in colposcopia dal 1/07/2003 al 31/12/2003 con esito citologico displasia media-grave (donne al 1° app. e F.U.)	Analisi esito schede colposcopiche confrontata con la storia individuale dell'assistita presente nel programma del CSI	C2 3/4 C3 1/5 C1 0/0 (c) Dati sottodimensionati per un corretto impiego dell'indicatore; utilità dell'analisi dei singoli casi.

# Accesso al 2° liv. - tempi d'attesa

Standard	Indicatore	Rilevazione	Risultati
<p>NHSCSP 90% &lt; 8 sett</p> <p>DGR 41/97 Accettabile 80% &lt; 8 sett</p>	<p>% di donne viste in colposcopia entro 8 settimane dal referto di I° livello (solo per le donne con 1° app.)</p>	DWH	<p><u>C2 4.3 %</u> (HSIL: 1 entro 3 settimane 1 da 2 a 4 mesi)</p> <p><u>C1 7.6 %</u></p> <p><u>C3 29.2 %</u> (HSIL: 1 da 3 sett. a 2 mesi) (c) sorveglianza del sistema con controlli ravvicinati per centro</p>

# Completezza della registrazione schede colposcopiche

Standard	Indicatore	Rilevazione	Risultati (completezza informazione)
<p>NHSCSP &gt;90% della schede colposcopiche contenenti le seguenti informazioni</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Giunzione squamo-colonnare</li> <li>- Giudizio colposcopico + indicazione al trattam.</li> </ul>	<p>Proporzione di schede colposcopiche emesse dal 1/07/2003 al 31/12/2003 (F.U. e 1° app.) contenenti tutte le informazioni previste</p>	<p>Tutte le donne passate in colposcopia con verifica della compilazione (F.U. e 1°app)</p>	<p>Giunzione squamo-colonnare</p> <p>C2 93%</p> <p>C1 91%</p> <p>C3 78%</p> <p>Giudizio colposcopico e indicazione al trattamento</p> <p>C2 76%</p> <p>C1 85%</p> <p>C3 NV (0% indicazione tratt.)</p>



# Accuratezza previsione lesione di alto grado

Standard	Indicatore	Rilevazione	Risultati
NHSCSP ≥70% confronto grading- istologia	% di referti istologici con diagnosi di lesione di alto grado CIN2+ rispetto al grading colposcopico	Analisi esito schede colposcopiche confrontate con esito BMS	(2/3 colposcopie - 2° semestre 03) (a) Analisi per centro, per singolo esame colposcopico, per operatore

# CONCLUSIONI

Il “miglioramento continuo della qualità” =  
principio organizzativo più facilmente  
applicabile allo screening per la disponibilità di  
indicatori definiti, validati, concordati.

Provare un'applicazione in forma semi-  
strutturata nel nostro Dipartimento

Da definire: Scelta degli indicatori  
Frequenza d'uso degli indicatori

Vantaggi: Miglioramento complessivo dell'attività  
Se disponibile maggiore coinvolgimento  
dell'operatore nell'attività svolta

Svantaggi: Maggiore impegno e impiego di risorse

## INDICATORI DEL DIPARTIMENTO

organizzativi	adesione al 1° appuntamento
	tempi di attesa accesso 2° liv
	% colposcopie con informaz.
	scritta alla pz sugli esiti conclusivi
	% prelievi bioptici con consenso informato
	% referti conclusivi entro 30gg
	% completezza compilazione referti colposcopici
diagnostici	% CIN in istologia
	accuratezza previsione lesioni alto grado
	incidenza cancro interv.

## INDICATORI DEL DIPARTIMENTO

terapeutici

% trattamento eseguito per  
classe di CIN

% donne trattate in anestesia  
locale

% trattamenti eseguiti per  
adenoca in situ e ca invasivo